UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938. — N° 53

TRAITEMENT
DE LA
MALADIE DE NICOLAS ET FAVRE
(Paradénolymphite ou lymphogranulomatose inguinale subaiguë)
EN PARTICULIER PAR LE
SALICYLATE DE SOUDE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 22 décembre 1937

PAR

Guy-Georges-Charles BOURCART

Élève du Service de Santé de la Marine
Ancien externe des Hôpitaux
Diplômé de médecine coloniale

Né à FLOIRAC (Gironde), le 15 mai 1914

Examinateurs de la Thèse

MM. PETGES, professeur ..... *Président.*
CARLES, professeur .....
JOULIA, agrégé ..... *Juges.*
BROUSTET, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1937

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938. — N° 53

TRAITEMENT

DE LA

MALADIE DE NICOLAS ET FAVRE

(Paradénolymphite ou lymphogranulomatose inguinale subaiguë)

EN PARTICULIER PAR LE

SALICYLATE DE SOUDE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 22 décembre 1937

PAR

Guy-Georges-Charles BOURCART

Élève du Service de Santé de la Marine
Ancien externe des Hôpitaux
Diplômé de médecine coloniale

Né à FLOIRAC (Gironde), le 15 mai 1914

Examinateurs de la Thèse

MM. PETGES, professeur ..... *Président.*
CARLES, professeur .....
JOULIA, agrégé ..... *Juges.*
BROUSTET, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie		Chirurgie générale	LOUBAT.
id.	DUFOUR.	id.	MASSÉ.
Physiologie	N.	id.	DARGET.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	N.
id.	DELMAS-MARSALET.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DERVILLÉE.	Physique médicale	N.
id.	N.	Chimie générale pharmacent. et toxicologie	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.	Physique médicale et pharmacent que	AURIAC.
Physiologie	PETITEAU.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Urologie	DARGET.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Bactériologie	MOUREAU
Puériculture	FAUGÈRE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Pharmacie galénique	MESNARD.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A LA MEMOIRE DE MON PARRAIN

A MA FEMME

A MES CHERS PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FAMILLE ET BELLE-FAMILLE

A MON ONCLE — A MA TANTE

A MES TANTES

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DE L'HOPITAL

A MES CAMARADES DE L'ECOLE

MEIS ET AMICIS

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.

En témoignage de ma respectueuse déférence.

A Monsieur le Médecin en chef FERRET

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santt de la Marine
et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur G. PETGES

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques,
Médecin des Hôpitaux,
Vice-Président de l'Association des dermatologistes et syphiligraphes de langue française,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a fait le très grand honneur d'en accepter la présidence.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde admiration et de notre respectueuse gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a prodigué ses conseils dans son service et pendant la préparation de cette thèse.

TRAITEMENT

DE LA

MALADIE DE NICOLAS ET FAVRE

(Paradénolymphite ou lymphogranulomatose inguinale subaiguë)

EN PARTICULIER PAR LE

SALICYLATE DE SOUDE

INTRODUCTION

Le sujet dont nous avons fait l'objet de notre thèse inaugurale, et qui nous a été proposé par notre Maître le Professeur Petges, a donné lieu à d'innombrables travaux depuis que Nicolas et Favre, en 1913, donnèrent pour la première fois une description magistrale de cette affection, dont l'entité avait été jusque-là complètement ignorée.

Mais bien des points restent encore obscurs. Son traitement, en particulier, n'est pas la question la moins discutée. Question capitale, pourtant, car si cette maladie est le plus souvent bénigne, elle n'en est pas moins extrêmement pénible par la longueur parfois désespérante de son évolution, par les rechutes fréquentes qu'elle présente, par les troubles souvent graves dont elle s'accompagne : ramollissement, fistulisation avec suppuration interminable, persistance d'un placard fibreux au niveau de l'aîne, par les complications tardives redoutables qui en assombrissent considérablement

le pronostic : nous voulons parler des syndromes ano-génito-rectaux, du rétrécissement du rectum en particulier.

Les conséquences sociales et familiales peuvent alors en devenir désastreuses. Il est donc de première importance d'établir quelle est à l'heure actuelle la thérapeutique la plus efficace et la plus simple qui nous permettra d'en venir à bout dans les délais les plus rapides et de rendre le malade à sa vie normale.

Bordeaux est particulièrement bien placé pour étudier cette affection, car les cas observés y sont nombreux. Il vient à ce point de vue au second rang, après Marseille, parmi toutes les villes de France. C'est ce qu'a mis nettement en évidence le rapport présenté le 12 décembre 1934 par Nicolas et Favre à la Commission de prévention des maladies vénériennes du Ministère de la Santé publique. A cette date, le Professeur Petges en avait étudié 51 cas et le Professeur Joulia 10 cas, tandis qu'à Marseille le Docteur Vigne avait observé 90 cas de poradénolymphite à localisation inguinale et 11 cas de formes ano-génito-rectales éléphantiasiques.

Depuis, de nombreux malades sont passés dans le Service de la clinique dermatologique; ils constituent la source principale des observations présentées dans ce travail. Il faut y ajouter les cas observés par le Docteur Bargues, et par le Docteur Bosredon à la Clinique maritime et coloniale, par le Professeur Bonnin dans son Service de médecine coloniale et par différents médecins et chirurgiens bordelais. Cette situation privilégiée, il la doit à son activité maritime intense qui lui amène un grand nombre de marins ou coloniaux, fréquemment atteints par cette maladie.

En accomplissant ce travail, nous avons voulu faire l'étude des différents traitements proposés à ce jour, et exposer en particulier les résultats que notre Maître le Professeur Petges a obtenus dans son service en employant le salicylate de soude intraveineux, auquel il donne actuellement la préférence à cause de sa grande efficacité et de la facilité de son application. Cette affection présente, en effet, un intérêt

tout spécial pour les médecins de la marine ou coloniaux, qui sont appelés à en voir de nombreux cas au cours de leur carrière et demandent pour la traiter une méthode simple, inoffensive et efficace. Les observations que nous présentons dans cette thèse, et qui sont le résultat du travail de ces trois dernières années, nous semblent apporter une preuve sérieuse de sa valeur.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Il est difficile d'aborder le point de vue thérapeutique qui fait l'objet de cette thèse sans faire un léger rappel de nos connaissances sur la maladie étudiée et sans noter les noms de ceux qui se sont attachés à les moissonner.

Nos premiers mots seront un hommage aux deux savants cliniciens lyonnais : Nicolas et Favre, dont la perspicacité et la largeur de vues ont permis de synthétiser un ensemble de notions confuses et disparates en établissant nettement comme entité clinique l'affection qui porte aujourd'hui leur nom. Leur « Mémoire » du 31 janvier 1913 à la Société médicale des hôpitaux de Paris constitue le monument capital qui, par la suite, a donné lieu à une efflorescence extraordinaire de travaux, parmi lesquels ceux des deux précurseurs sont encore les plus nombreux et les plus remarqués. C'était un devoir de justice d'unir définitivement ces deux noms et de baptiser « maladie de Nicolas-Favre » l'affection qui leur doit son autonomie actuelle.

I. — Historique de la maladie.

On peut le diviser en trois périodes :

1° Avant les travaux de Nicolas et Favre en 1913;

2° De 1913 à 1925, date de la découverte de l'intradermoréaction de Frei;

3° Après 1925.

1° Avant 1913.

Jusqu'à ce que Nicolas et Favre établissent nettement l'entité clinique de cette affection, la confusion règne à son sujet.

La littérature étrangère ne dit rien de cette variété d'adénopathies.

En France, quelques descriptions cliniques sont à signaler: Chassaignac en 1859, Velpeau en 1865, Nélaton en 1890 (adénite subaiguë simple à foyers purulents intraganglionnaires), L'Hardy en 1895, Lejars en 1897 (adénite subaiguë et chronique simple). Au point de vue anatomo-pathologique, il faut citer : Brault, qui, après l'avoir considérée, en 1894, comme de nature tuberculeuse, pense ensuite à une origine banale et l'assimile enfin, en 1909, au bubon climatique; Pigeon et Tanton, en 1908, qui pensent à une inflammation banale.

De leur côté, les médecins de Marine et des Colonies font des études très intéressantes sur certaines adénopathies qu'ils observent fréquemment et dont ils donnent des descriptions cliniques détaillées : Jouet (1882), en Cochinchine; Guérin (1883), au Tonkin; Ruge, au Zanzibar.

En grand nombre, ils s'appliquent à rechercher une explication pathogénique à cette affection si particulière qui semble se produire en dehors de toute cause extrinsèque. Leurs conceptions sont multiples et ils incriminent tour à tour le paludisme, la peste, la tuberculose, une affection banale, la sporotrichose, et, enfin, le climat tropical, d'où le nom de « bubon climatique » lancé par Scheube en 1889. Certains d'entre eux, enfin, en soupçonnent l'origine vénérienne et en émettent l'hypothèse. C'est ainsi qu'en 1912 Rost, médecin de la marine allemande, et Müller, en 1914, font des constatations typiques et relèvent chez la plupart de leurs malades l'existence de coïts infectants. L'origine vénérienne du bubon climatique, au moins dans la majorité des cas, était donc établie, et ceci au moment même où, de leur côté, Nicolas et Favre donnaient des conclusions analogues au sujet de la lymphogranulomatose inguinale bénigne.

2° De 1913 a 1925.

Après la publication, le 31 janvier 1913, du Mémoire de Nicolas, Favre et Durand, les travaux concernant cette nouvelle maladie deviennent très nombreux.

Gaté, en 1913, écrit sa thèse sur ce sujet et donne une description très complète de « la lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents intraganglionnaires d'origine génitale probable, peut-être vénérienne ».

Philactos, en 1922, établit l'identité entre la maladie de Nicolas-Favre et le bubon climatique.

La plupart de ces recherches portent sur l'aspect clinique, l'étiologie, la pathogénie du lymphogranulome inguinal. Mais en 1925 un fait nouveau survient : la découverte, par Frei, d'une intradermo-réaction spécifique de la maladie de Nicolas-Favre. Dès lors, un champ nouveau s'ouvre devant les chercheurs.

3° Après 1925.

L'accord se fit rapidement sur la haute spécificité de la réaction de Frei. C'est alors que Frei, en 1928, avec Alice Koppel, montre les rapports étroits qui unissent la maladie de Nicolas-Favre et certaines lésions génito-rectales dont l'étiologie, jusque-là, était demeurée complètement inconnue. Ces faits sont confirmés par la suite, par d'importants travaux : Barthels et Biberstein, en Allemagne; de Grégorio et Garcia Serrano, en Espagne; Nicolas et Favre, en France; Yersild, qui attacha son nom à ces recherches en établissant la réalité d'un syndrome ano-génito-rectal.

L'étude expérimentale de la maladie donne lieu également à de très nombreux et très intéressants travaux en vue de découvrir le germe en cause. C'est ainsi qu'on a pu déceler comme agent spécifique un virus filtrant et qu'on a pu inoculer divers animaux de laboratoire : cobayes, souris, lapins, et surtout singes. On a pu ainsi préparer un antigène simien dont les propriétés sont, en théorie, identiques à l'antigène humain. L'expérimentation a été même poussée plus loin et

appliquée à l'homme; des paralytiques généraux ont été inoculés et ont présenté des accidents typiques de la maladie, analogues à ceux que l'on rencontre en clinique. Il faut citer à ce sujet, les noms de Hellerstrom, Levaditi, Ravaut, Wassen, Lépine, Mlle Schoen, Reinie.

II. — *Historique du traitement.*

Les méthodes thérapeutiques les plus diverses ont été employées contre la maladie de Nicolas et Favre, signe trop évident qu'aucune d'elles ne peut être considérée comme vraiment spécifique.

A. — Chirurgie.

La première en date, elle est aujourd'hui un peu délaissée à cause des inconvénients graves qu'elle présente.

Deux méthodes sont possibles :

1° *Extirpation totale* de toute la masse ganglionnaire, en bloc.

Elle présente des inconvénients tellement importants que bien des chirurgiens y ont renoncé :

a) Difficulté opératoire à cause de la péri-adénite et des adhérences qu'elle entraîne, en particulier avec les vaisseaux fémoraux qu'on est parfois obligé de disséquer ou de ligaturer;

b) Abondance de la lymphorée après l'opération, rendant impossible la suture primitive;

c) Possibilité de complications redoutables dues à l'arrêt de la circulation lymphatique : éléphantiasis de la jambe ou de la verge, qui font d'un petit malade un infirme grave.

2° *Exérèse partielle.* — Il suffit de faire un curetage au niveau du paquet ganglionnaire ou d'enlever un seul ganglion pour entraîner une fonte générale de l'adénopathie tant inguinale qu'iliaque. Mais la guérison est lente à se produire,

la lymphorée est abondante et le tissu cicatriciel très développé par la suite.

3° *Opérations de petite chirurgie :*

— Ponction ganglionnaire;

— Injection modificatrice de glycérine suivant la méthode de Pinard;

— Incision.

Toutes ces interventions ne peuvent être que palliatives ou accessoires. Elles n'ont jamais, à elles seules, de résultat définitif, mais on doit savoir y recourir lorsqu'elles sont susceptibles de favoriser la guérison.

B. — Moyens physiques.

1° *Radiothérapie.* — Elle est préconisée par Nicolas depuis 1921, surtout pour les formes de début non fistulisées. Fernet, en 1931, au Congrès international de radiologie, présente 12 observations de poradénite inguinale traitée selon la technique de Belot et Nahan avec un résultat de 8 guérisons et 3 améliorations; la durée moyenne du traitement est de cinq ou six semaines.

D'autres auteurs, par contre, trouvent dans cette méthode de sérieux inconvénients : Favre, en 1921, et Ravaut, en 1932, publient des cas de radiodermites; Nicolau, en l'appliquant à des adénites fistulisées, provoque des suppurations interminables avec sclérose intense; Philactos, en 1922, constate aussi la fréquence de cette sclérose, et Wangermez signale, avec Jeanneney, trois cas d'œdème éléphantiasique du membre inférieur après radiothérapie profonde de la région inguinale.

Actuellement, elle est encore très discutée, bien que certains auteurs la considèrent comme le traitement le plus efficace.

2° *Rayons ultra-violets.* — Mis en honneur par Chauffard et Thévenard, en 1924, ils sont aujourd'hui complètement abandonnés.

3° *Electro-coagulation.* — On crée au niveau de l'adénopathie un véritable « drain diathermo-coagulant » qui a donné des résultats intéressants à Ravaut et à Mlle Laporte. Mais les inconvénients en sont graves : immobilisation prolongée du malade, délabrement considérable, sclérose consécutive.

C. — Traitements biologiques.

Diverses méthodes ont été essayées. On peut les classer en deux groupes :

a) Traitements non spécifiques;
b) Traitements spécifiques.

a) Traitements non spécifiques.

1° *Médications de choc.* — Protéinothérapie et autohémothérapie employées seules ne donnent rien. Elles peuvent cependant servir comme adjuvant au cours du traitement, lorsque l'action thérapeutique semble longue à se produire.

2° *Vaccins non spécifiques.* — On a surtout employé le Dmelcos, mais son action semble très inconstante. La preuve de son inefficacité se trouve démontrée lorsqu'on traite une association de chancrelle et de poradénite. Les injections de Dmelcos déterminent rapidement la disparition des accidents chancrelleux, tandis que les lésions dues à la poradénite persistent et poursuivent leur évolution.

3° *Tuberculine.* — Utilisée à une grande échelle par Kleeberg et Gay Prieto, elle leur donna d'excellents résultats, mais elle présente un grave danger si le sujet est porteur d'une lésion pulmonaire si petite soit-elle.

D. — Traitements chimiques.

Proposés en grand nombre, quelques-uns seulement ont retenu l'attention :

— Emétine;
— Iode;

— Sels d'or;
— Antimoine;
— Cuivre;
— Salicylate de soude.

Ils ont tous des avantages communs :

1° Ce sont des traitements généraux qui agissent par conséquent mieux qu'un traitement local sur la maladie de Nicolas-Favre, maladie générale, véritable septicémie, dont l'adénopathie inguinale n'est qu'une manifestation. On peut se demander si cette action générale ne serait pas un moyen prophylactique contre les complications tardives génito-ano-rectales auxquelles elle aboutit.

2° La plupart sont d'un emploi facile et peuvent se conserver indéfiniment, même sous les climats tropicaux, ce qui n'est pas le cas des médications spécifiques.

3° La dépense entraînée par leur emploi est le plus souvent minime, et ils ne nécessitent pas une longue hospitalisation, comme la chirurgie ou la radiothérapie.

Avantages et inconvénients particuliers de chacun.

1° *Emétine.* — Employé par Ravaut sous forme de chlorhydrate d'émétine et associé le plus souvent au traitement iodé, il a donné parfois d'excellents résultats, qui sont malheureusement très inconstants.

2° *Iode.* — Préconisé par Ravaut, il fut employé seul ou associé. On s'accorde à lui reconnaître aujourd'hui une action très favorable sur l'évolution de la maladie en relevant les défenses de l'organisme et en favorisant la sclérose, mais il ne peut être considéré que comme un adjuvant précieux d'une médication plus active.

3° *Sels d'or.* — Employés surtout par Lépinay et Grévin, ils ont donné d'assez bons résultats, surtout sous forme de salyaural B. Mais leur prix est très élevé et leur emploi n'est pas d'une innocuité absolue; ils demandent une surveillance constante des urines, du sang, de la peau. Ils sont aujourd'hui à peu près abandonnés.

4° *Antimoine.* — Il est actuellement en vogue sous la forme d'un composé trivalent, l'anthiomaline, qui a été fortement préconisé par Sézary. Il fut employé précédemment, sous forme d'*émétique* d'abord, dont l'action était limitée par ses propriétés émétisantes, puis de *stibyal* (en 1932), que l'on injectait par voie intraveineuse, mais présentait de sérieux inconvénients, en particulier l'apparition constante de rhumatisme stibié dès la septième piqûre. Son efficacité était inconstante et il fallait un délai d'au moins deux ou trois mois avant que le malade puisse reprendre ses occupations.

L'anthiomaline semble éviter la plupart de ces inconvénients, ce qui lui a valu d'être seul inscrit au nombre des médicaments fournis aux dispensaires de prophylaxie pour le traitement de la maladie de Nicolas-Favre.

5° *Cuivre.* — Employé sous forme de sulfate de cuivre ammoniacal par Carnot et Froment, il donna de bons résultats à notre Maître le Professeur Petges, dont l'élève Le Bihan consacra sa thèse inaugurale à l'étude de cette méthode. La durée moyenne du traitement est de soixante-deux jours, ce qui est un résultat au moins aussi intéressant que ceux de la plupart des autres médications proposées. Généralement bien supporté, les cas d'intolérance sont rares (4 cas sur 21 observations). Cependant, le Professeur Petges, toujours à la recherche du traitement le plus simple, applicable en particulier dans les colonies, utilise plus volontiers actuellement le salicylate de soude, depuis 1934.

6° *Salicylate de soude.* — L'action du salicylate de soude sur la poradénite inguinale a été découverte fortuitement par Chevallier en traitant un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu et porteur en même temps d'une poradénite inguinale. Employé d'abord en ingestion, ce qui avait l'inconvénient d'obliger le malade au régime lacté, on utilisa bientôt la voie intraveineuse en injectant une solution glucosée à 10 p. 100. C'est la méthode dont s'est servi le Pr. Petges, et qui lui a valu les résultats intéressants que mettent en évidence les observations publiées à la fin de ce travail.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

Nous ne donnerons de l'étude clinique de la maladie de Nicolas-Favre qu'un très rapide exposé, car il nous paraît inutile de nous appesantir sur un chapitre aujourd'hui si bien connu.

Définition.

La maladie de Nicolas-Favre, dans laquelle on fait entrer aujourd'hui le bubon climatique et dont l'agent microbien semble être un virus filtrant, est une maladie générale dont la porte d'entrée est le plus souvent génitale, caractérisée cliniquement par une adénopathie inguinale presque constamment propagée aux ganglions rétro-cruraux, dont l'évolution se fait d'une manière subaiguë vers le ramollissement et la fistulisation, compliquée fréquemment, surtout chez la femme, de lésions pelviennes dont le type est le syndrome génito-ano-rectal de Jersild, et qui donne lieu à des modifications humorales qui permettent d'en faire le diagnostic par une réaction spécifique : l'intradermo-réaction de Frei.

Etiologie.

L'origine vénérienne est définitivement admise aujourd'hui. Soupçonnée par Rost et Müller, elle a été bien établie par Nicolas et Favre et confirmée depuis par la plupart des auteurs.

1° *Influence du pays.* — Elle est surtout fréquente aux colonies, où elle était désignée autrefois sous le nom de

« bubon climatique ». L'identité des deux affections a été démontrée en 1922 dans la thèse de Philactos et confirmée par celle de Gilbin en 1932 (1). Quelques auteurs cependant (Le Dantec) pensent qu'il ne faut pas les confondre d'une façon absolue, certains cas de bubon climatique n'ayant pas tous les caractères de la maladie de Nicolas-Favre, en particulier l'origine vénérienne.

Assez rare en France autrefois, elle semble augmenter d'importance, soit que les cas en soient réellement plus nombrux, soit que le diagnostic en soit fait plus souvent, à mesure que le corps médical la connaît mieux. En réalité, « c'est une maladie universelle, de tous les climats et de tous les pays » (2).

2° *Influence de l'âge.* — C'est la période d'activité sexuelle maxima et surtout irrégulière qui est la plus touchée, c'est-à-dire entre 18 et 25 ans. On a signalé pourtant des cas indubitables chez des sujets vierges, tel le cas observé par Nicolau chez une fillette de 8 ans.

3° *Influence du sexe.* — Les deux sexes sont atteints, mais d'une façon très différente, l'homme présentant surtout la forme typique d'adénopathie inguinale, la femme ayant le privilège des localisations pelviennes.

4° *Influence professionnelle.* — Certaines professions sont particulièrement touchées : les marins, les coloniaux, les militaires, sans compter les prostituées. L'origine vénérienne de la maladie explique facilement ces affinités.

Pathogénie.

Beaucoup d'hypothèses ont été faites sur la nature du germe pathogène de la maladie de Nicolas-Favre : sporotrichon, amibe, spirochète, corpuscule de Donovan et de Gamma, bacille subtilis. Aujourd'hui, enfin, après les tra-

(1) Gilbin, Thèse Bordeaux, 1932.
(2) Nicolas et Favre, *Nouvelle pratique dermatologique*, p. 479.

vaux remarquables de Levaditi et de Ravaut, on sait qu'il s'agit d'un *virus filtrant*, dont les propriétés sont les suivantes :

1° Filtre à travers les bougies Chamberland, mais est retenu par les ultra-filtres en collodion.

2° Perd son pouvoir pathogène après trente minutes de chauffage à 60 degrés, mais conserve son pouvoir antigénique.

3° Détruit par le formol à 1/1.000.

4° Virus lymphotrope.

5° Virulence extrêmement variable. On a constaté, en effet, par inoculation intra-cérébrale aux singes, que deux ou trois passages seulement sont possibles dans certains cas, alors qu'on peut en faire trente-sept dans d'autres.

6° Les animaux inoculables sont :

— le singe surtout, chez qui l'inoculation intracérébrale détermine une méningo-encéphalite mortelle caractéristique; c'est l'animal de choix;

— la souris, chez qui on obtient une méningo-encéphalite atténuée;

— le lapin, chez qui l'inoculation intracérébrale provoque une névraxite constante caractéristique.

Anatomie pathologique.

Les lésions provoquées par ce virus, que ce soit au niveau des ganglions hypertrophiés ou dans les lésions ano-rectales, sont toujours de trois types :

— sclérose;
— granulomatose;
— micro-abcès.

1° *Lésions ganglionnaires.* — Il y a adénite et périadénite. Les ganglions, transformés en éponge purulente par les micro-abcès, sont entourés d'une gangue de périadénite.

Au point de vue microscopique, le tissu lymphoïde est

remplacé par un tissu de granulation, un granulome, où l'on trouve des formations telles que : gomme, abcès stellaire, foyers épithélioïdes, cellules géantes.

2° *Lésions ano-rectales.* — L'atmosphère périrectale forme un bloc, une véritable « coulée de ciment », contenant souvent de petits abcès, point de départ de fistules anales et périnéales. Gagnant les plans superficiels, consolidant l'œdème périnéal dû à la stase lymphatique, cette sclérose va former l'armature définitive des lésions ano-recto-périnéo-vulvaires.

Symptomatologie.

Prenons pour type de description la localisation la plus fréquente de l'affection : la forme inguinale.

Incubation.

Dure de cinq à quinze jours entre le coït infectant et l'apparition du micro-chancre.

Début.

Marqué par l'apparition du micro-chancre ou de ses équivalents.

a) Micro-chancre.

1° *Aspect.* — C'est le plus souvent une petite érosion, en « coup d'ongle », semblable à une vésicule d'herpès décapitée superficielle, indolente, reposant sur une base souple, suintante et de la dimension d'une lentille. Cet aspect herpétiforme, le plus fréquent (73 % des cas) n'est cependant pas le seul qu'on puisse rencontrer. On a signalé (Sézary) les formes : chancrelliforme, syphiloïde, nodulaire, infiltrée en nappe, qui sont susceptibles de provoquer des erreurs de diagnostic.

2° *Localisation.* — Le micro-chancre marquant le point d'inoculation du germe, on le rencontre principalement au niveau des organes génitaux.

Chez l'homme, on le trouve le plus souvent dans le sillon balano-préputial, en particulier à côté du frein, mais on le rencontre aussi sur le gland ou le prépuce.

Chez la femme, il est très rarement découvert. Il se localise soit sur la vulve, soit le plus souvent probablement sur la paroi vaginale ou le col utérin.

3° *Durée.* — Elle est toujours très brève : de douze à quinze jours en moyenne. Il ne laisse qu'une petite cicatrice à peu près invisible. Cette disparition rapide explique pourquoi, le plus souvent, cette lésion passe inaperçue, ce qui avait valu, de la part de certains auteurs, le nom de « bubon d'emblée » à l'adénopathie qui lui fait suite.

b) Equivalents du micro-chancre.

On a cité comme tels :

— Chez l'homme : une urétrite passagère, non gonococcique, pouvant faire penser à un micro-chancre du méat ou du canal, une balanite ou une balano-posthite.

— Chez la femme : une bartholinite.

Etat, ou période de l'adénopathie.

Huit jours à trois semaines après le micro-chancre, quelquefois même avant sa disparition, apparaît une adénopathie inguinale, en même temps que des phénomènes généraux.

a) L'adénopathie.

Généralement unilatérale, elle se manifeste, le plus souvent, au début, par une gêne à la marche et une sensation de pesanteur à l'aine qui attire l'attention du malade sur cette région. Il y découvre de petits ganglions, en pléiade, légèrement douloureux à la pression forte. Et c'est le plus souvent ce qui l'amène à consulter un médecin.

Progressivement, les ganglions s'hypertrophient, en même temps qu'ils sont envahis par une gangue de périadénite qui les transforme en une masse lobulée à peu près indolente.

mobilisable en masse sur les plans profonds (signe de l'ébranlement en masse), étalée le long de l'arcade crurale, et qui, bientôt, s'étend vers la fosse iliaque, où elle finit par former une deuxième masse ayant les mêmes caractères que la première. C'est cette double adénopathie inguinale et iliaque qui, avec l'importance de la périadénite, caractérise la maladie de Nicolas-Favre.

Quelle en sera l'évolution ?

L'adénopathie iliaque interne gardera toujours un caractère de stabilité remarquable, n'évoluant que très exceptionnellement vers la suppuration (3 cas, cités par Prats).

L'adénopathie inguinale, au contraire, va se modifier considérablement, bien que d'une façon torpide. La peau, qui jusque-là était restée normale, s'épaissit et s'infiltre. Elle prend une teinte rouge violacée et adhère aux ganglions. Ceux-ci sont le siège d'un ramollissement qui atteint successivement, et non simultanément, les différents points de la masse, lui donnant ainsi, à la palpation, une consistance très inégale, molle par endroits, dure à d'autres. Les différents points de ramollissement gagnent peu à peu la peau et finissent par se fistuliser.

On a donc à ce moment, dans la masse poradénique, des lésions à des stades très différents : nodosités dures, zones dépressibles, foyers ramollis, foyers fistulisés. Si les fistules sont nombreuses, elles donnent à l'aine un aspect de passoire, de guêpier, d'écumoire, mais jamais on ne voit de tendance au phagédénisme. Par les fistules s'écoule un pus peu abondant, gluant, visqueux, roussâtre, difficile à étaler, et qui se montre absolument stérile.

C'est dans cet état qu'en dehors de tout traitement l'affection se maintient parfois pendant des mois. Peu à peu, la sclérose se développe autour de cette éponge purulente et finit par tarir les fistules. Mais elle enferme le loup dans la bergerie et bien souvent elles réapparaissent de nouveau pour quelque temps, jusqu'à ce que l'ancienne adénopathie se trouve transformée en un bloc fibreux, compact, dur,

gênant la marche du malade et entraînant souvent, par l'obstacle qu'il constitue à la circulation lymphatique, un œdème ou de l'éléphantiasis du membre inférieur ou du scrotum.

En résumé, l'évolution des lésions présente cinq phases successives (Chevallier) :

1° Induration ganglionnaire;
2° Périadénite;
3° Ramollissement;
4° Fistulisation;
5° Sclérose périganglionnaire qui entraîne la guérison en étouffant la suppuration.

Affection très pénible donc au point de vue local; elle entraîne aussi des troubles généraux parfois importants.

b) Troubles généraux.

Surtout marqués au début de l'adénopathie, ils sont caractérisés par :

— de la fièvre, rarement élevée (37°5);
— inappétence, insomnie, asthénie, parfois intenses;
— anémie, amaigrissement.

Ces phénomènes montrent bien qu'il ne s'agit pas d'une affection purement locale, mais d'une maladie générale, comme le confirment les faits d'adénopathie généralisée, de spléno et d'hépatomégalie relevés par différents auteurs, et certaines complications cutanées ou articulaires qui se produisent parfois au cours de son évolution.

Complications.

Elles sont rares. Les unes sont locales, les autres générales.

a) Locales

On a signalé des cas d'infection secondaire sur des adénopathies fistulisées.

Au voisinage du point d'inoculation, il peut apparaître des

lésions cutanées, dues à la lymphangite, et qui peuvent prendre plusieurs types : nodulaire, ecthymateuse, papillomateuse, œdématiante (esthiomène de la vulve, éléphantiasis des organes génitaux).

b) Générales.

Arthralgies.

Lésions cutanées à distance : exanthème papulo-urticarien et papulo-vésiculeux, érythème polymorphe, érythème noueux.

Formes cliniques.

La maladie de Nicolas-Favre peut :

— ne se manifester par aucun signe : forme muette;

— se localiser au système ganglionnaire : forme ganglionnaire;

— se localiser en dehors de ce système : forme extra-ganglionnaire.

A. — Forme muette.

La preuve de sa réalité réside :

1° Dans les cas de contamination par des femmes chez qui l'examen le plus minutieux ne montre aucune lésion pouvant être rattachée à la maladie de Nicolas-Favre;

2° Dans les cas très nombreux, surtout parmi les prostituées où le Frei est positif bien qu'elles ne présentent et n'aient jamais présenté aucune lésion. La connaissance de cette forme inapparente est d'un intérêt capital pour la prophylaxie.

B. — Formes ganglionnaires.

a) Inguinales :

1° *Simples :*

— Typique : poradénite inguinale subaiguë.

— Atypique : abortive, aiguë (forme fréquente aux colonies), lente, à suppuration large.

2° *Associée.* — Le bubon lymphogranulomateux peut se trouver associé avec :

— un bubon chancrelleux : lorsque celui-ci est guéri, il reste encore une adénopathie qui prend tous les caractères de celle de la poradénite;

— la syphilis;

— la gonococcie;

— la tuberculose.

Dans ces différents cas, la réaction de Frei peut être négative.

3° *Avec complications :*

— locales : éléphantiasis;

— générales : aspect septicémique;

— forme pseudo-rhumatismale;

— manifestations cutanées : érythème polymorphe ou érythème noueux.

b) Extra-inguinales.

L'adénopathie peut être axillaire, cervicale, sous-maxillaire, etc., suivant le point d'inoculation. On a même cité un cas d'adénopathie généralisée (Ravaut).

C. — Formes extra-ganglionnaires.

a) Forme cutanée pure : esthiomène de la vulve.

L'esthiomène de la vulve est essentiellement caractérisé par une ulcération chronique de la vulve accompagnée de sclérose et d'hypertrophie éléphantiasique génitale ou périnéale.

b) Formes périnéo-rectales.

On classe dans cette catégorie trois groupes de lésions :

— lésion du rectum seul;

— syndrome de Jersild;

— syndrome de Kuss.

1° *Lésions du rectum seul.* — Elles comprennent plusieurs types :

— Forme ulcéreuse, caractérisée par une ulcération du canal anal qui rappelle beaucoup le chancre mou;

— Une ano-rectite végétante sans rétrécissement vrai;

— Le rétrécissement du rectum, caractérisé par sa disposition en entonnoir et ses parois rigides.

Dans tous ces cas c'est la réaction de Frei qui permet d'établir l'origine véritable des lésions.

On peut y rattacher certains cas d'abcès juxta-anaux et de fistules anales, qu'on ne peut rattacher à la tuberculose.

2° *Syndrome de Jersild.* — C'est l'association d'un rétrécissement rectal avec des lésions ano-vulvaires. Lorsqu'il est complet, c'est donc un syndrome génito-ano-rectal, mais il peut être incomplet : génito-rectal ou ano-rectal. Les lésions ano-vulvaires consistent en un œdème éléphantiasique de cette région avec présence fréquente de condylomes périanaux.

3° *Syndrome de Kuss.* — Il est constitué par une cellulite pelvienne diffuse, qui cartonne tout le petit bassin, rétrécissant le rectum et immobilisant l'utérus et les annexes (périmétrite, et périsalpingite).

Pathogénie.

Plusieurs hypothèses ont été émises :

1° D'après Jersild, l'infection déterminerait un blocage lymphatique. Il s'ensuivrait une stase lymphatique avec œdème chronique aboutissant à l'éléphantiasis vulvaire et la striction du rectum. Il s'agirait donc, avant tout, d'un phénomène mécanique.

2° D'après Gatellier et Rachet, ce serait au contraire un processus inflammatoire. Où est la porte d'entrée de cette inflammation ? C'est là que leur opinion diverge.

Pour Gatellier, elle est au niveau du vagin. Et, en effet,

le micro-chancre est souvent sur la paroi vaginale postérieure. De là, par voie lymphatique, l'infection gagne les espaces périrectaux, qui se sclérosent et enserrent le rectum. La rectite serait secondaire au rétrécissement rectal.

Pour Rachet, au contraire, le point d'inoculation est le rectum lui-même, par sodomie passive. Une enquête par Cachera est nettement en faveur de cette hypothèse : sur 26 malades atteintes de rétrécissement du rectum, 22 ont avoué avoir eu des contacts sodomiques. Ceci expliquerait la plus grande fréquence des lésions rectales chez la femme, pour qui la pédérastie est beaucoup plus fréquente que chez l'homme.

En réalité, ce mode de contamination, dont l'importance est réelle, n'exclut pas la voie vaginale ou génitale externe.

Pour en finir avec ces lésions rectales, disons que leur évolution est d'une gravité extrême, car elles aboutissent toujours à l'occlusion complète, nécessitant ainsi un anus iliaque. Tous les traitements, tant chirurgicaux que médicaux, n'ont le plus souvent qu'une action très insuffisante. Nous avons eu l'occasion de le constater sur une de nos malades, qui, malgré un traitement très régulier par l'anthiomaline et le salicylate de soude suivi depuis deux ans, présente à l'heure actuelle un rétrécissement rectal dont l'évolution se poursuit d'une façon implacable (obs. XXIX).

Diagnostic.

Il peut s'appuyer sur trois ordres de faits :

— cliniques;
— anatomo-pathologiques;
— biologiques.

A. — Diagnostic clinique.

a) Forme inguinale typique.

On en fera le diagnostic en se basant sur les caractères positifs de l'adénopathie et en la distinguant des autres adénopathies pouvant se localiser sur cette région.

I. *Diagnostic positif.* — Les principaux caractères de la poradénite inguinale sont :

— Adénopathie multiganglionnaire, inguinale et iliaque, avec périadénite intense;

— Indolence presque complète;

— Evolution très longue (des mois), au cours de laquelle les ganglions inguinaux se ramollissent (petits abcès séparés et non suppuration globale) et se fistulisent (écoulement d'un pus visqueux) pour aboutir enfin à la sclérose de toute la région.

II. *Diagnostic différentiel.* — Les affections qui peuvent le plus prêter à confusion sont les suivantes :

1° Bubon chancrelleux : Adénopathie monoganglionnaire, uniquement inguinale, avec périadénite légère et souvent lymphangite entre elle et le chancre.

Très douloureuse.

Evolution aiguë (quinze à vingt jours), au cours de laquelle le ganglion se ramollit en totalité et prend l'aspect d'un véritable abcès chaud dont l'ouverture amène la guérison rapide à moins qu'il ne se complique de chancrellisation ou de phagédénisme.

Réaction d'Ito-Reenstierna positive.

Action élective du Dmelcos.

Il ne faut pourtant pas oublier l'existence des formes associées et de formes atypiques, qui peuvent prêter à confusion : bubon lymphogranulomateux à poche suppurée unique; bubon chancrelleux à évolution subaiguë, à suppuration multiple.

2° Tuberculose ganglionnaire inguinale : Elle est rare. Rechercher d'autres marques de l'imprégnation tuberculeuse, car elle est généralement secondaire. La biopsie et l'inoculation au cobaye confirmeront le diagnostic.

3° Syphilis : L'adénopathie inguinale de la syphilis primaire prend parfois le type d'une poradénite inguinale au début.

Le diagnostic en faveur de la poradénite se fera par :

— recherche négative du tréponème;

— réaction de Bordet-Wassermann négative;

— action nulle du traitement spécifique;

— évolution vers la suppuration.

Penser à la possibilité d'une association.

4° Adénopathies inguinales cancéreuses :

— Primitives (lympho-sarcome), elles sont rares;

— Secondaires, elles dérivent d'une tumeur qu'il faut rechercher au membre inférieur ou sur les organes génito-urinaires.

Penser aussi à la forme inguinale de la maladie d'Hodgkin.

Dans tous ces cas, la biopsie donnera la clef du diagnostic.

5° Adénites inguinales à pyogènes banaux : Chercher la porte d'entrée et examiner le pus.

6° Bubon pesteux : Recherche du bacille de Yersin.

7° Tularémie inguinale.

8° Forme inguinale de l'adéno-lymphoïdite aiguë de Chevallier.

9° Adénites inguinales mycosiques.

b) Autres formes.

Le diagnostic des formes ganglionnaires extra-inguinales ne peut se faire que par la réaction de Frei.

Quant aux formes extra-ganglionnaires (esthiomène, et formes périnéo-rectales), il faut les distinguer des syndromes analogues de nature différente : syphilome ano-rectal de Fournier; rétrécissements du rectum : cancéreux, tuberculeux, dysentérique, gonococcique, etc. La discussion de leur diagnostic clinique ne peut entrer dans ce travail.

B. — Diagnostic anatomo-pathologique.

On sera frappé :

1° *Macroscopiquement*, par la périadénite et par l'aspect du ganglion, qui apparaît creusé de logettes qui sont autant de petits abcès;

2° *Microscopiquement*, par la présence de formations telles que : foyers épithélioïdes (ressemblent à un nodule tuberculeux ou syphilitique), gommes (à centre dégénéré) et abcès stellaires qui sont assez caractéristiques de la poradénite inguinale (présence de nombreux monocytes dans le pus).

C. — Diagnostic biologique.

Plusieurs méthodes sont possibles :

a) Inoculation aux animaux.

L'inoculation intracérébrale de pus prélevé dans le bubon du malade donne chez certains animaux des résultats assez caractéristiques :

1° Chez le singe, elle détermine une méningo-encéphalite, transmissible en série, le plus souvent mortelle;

2° Chez la souris, il apparaît aussi une méningo-encéphalite, mais atténuée;

3° Chez le lapin, elle provoque une névraxite.

Cette méthode est évidemment d'un emploi très restreint et entre plutôt dans le cadre des recherches scientifiques que de la clinique.

b) Etude des modifications humorales.

1° *Etude des propriétés virulicides du sérum.* — « Le sérum des malades atteints de poradénite inguinale contient des principes capables de neutraliser *in vitro* le virus poradénique. Ces substances n'existent pas dans le sérum des sujets atteints d'adénite chancrelleuse. » (Nicolas et Favre, *Nouvelle pratique dermatologique.*) On peut donc utiliser cette propriété dans le diagnostic de la poradénite, mais c'est une méthode trop délicate pour entrer dans la pratique courante.

2° *Réaction de fixation du complément.* — Expérimentée par Kitchewatz et Schmidt-Labaume, à qui elle donna quelques résultats, elle fut condamnée par les expériences de Nicolau et Banciu et abandonnée depuis.

3° *Réaction de Vernes-résorcine.* — La densité optique est en général élevée (supérieure à 20) et suit l'évolution de la maladie (thèse Le Bihan). Il ne faut cependant pas en faire une règle absolue, mais la considérer seulement comme un adjuvant utile au diagnostic. Son emploi sera d'ailleurs toujours assez limité en dehors des centres hospitaliers.

L'existence de cette réaction élevée dans la maladie de Nicolas-Favre ne doit en aucun cas être un facteur en faveur d'une origine tuberculeuse de cette affection.

c) Etude de l'allergie.

La maladie de Nicolas-Favre crée chez le sujet atteint un état d'allergie spécifique qu'on peut mettre en évidence par deux procédés :

— l'hémo-réaction de Ravaut;
— l'intradermo-réaction de Frei.

1° *Hémo-réaction de Ravaut.* — On donne ce nom à la réaction provoquée par l'injection intraveineuse d'antigène de Frei dilué. Il se produit une poussée thermique à 39-40 degrés avec frissons et chute en lysis. Son caractère particulier est d'avoir un début retardé (six heures après l'injection) et une durée prolongée (trente-six à quarante-huit heures).

Elle est rigoureusement spécifique et est souvent positive avant l'intradermo-réaction. Mais il est préférable de ne pas abuser de ce moyen de diagnostic, qui présente toujours un certain danger à cause du choc violent qu'il détermine.

2° *Intradermo-réaction de Frei.* — Découverte et mise au point par Frei en 1925, c'est le moyen de diagnostic le plus simple et le plus sûr qui soit à notre disposition. Elle consiste à injecter dans le derme du malade quelques gouttes d'antigène afin de révéler l'état d'allergie cutanée qui existe chez tous les sujets atteints par la maladie de Nicolas-Favre.

1° Antigène.

Il en existe plusieurs variétés :

1. *Antigène humain.* — C'est celui qu'employait Frei et qui lui donna des résultats si constants.

Sa préparation est très simple : ponctionner un bubon lymphogranulomateux en voie de ramollissement, mais non encore fistulisé, diluer ce pus dans cinq fois son volume de sérum physiologique, le stériliser par tyndallisation (deux heures à 60 degrés le jour même, une heure à 60 degrés le lendemain).

On peut le conserver soit en ampoules de 1/2 cm³, soit en petits flacons hermétiques, à condition de les laisser constamment à la glacière. Dans ces conditions, son action se maintient pendant deux mois, mais il est indiqué de ne pas s'en servir après ce délai, car sa propriété antigénique peut devenir insuffisante.

On voit par là qu'il est possible à quiconque ayant sous la main une poradénite en voie de ramollissement de préparer lui-même son antigène. Ceci était très facile lorsque les malades arrivaient comme autrefois avec des lésions avancées; c'est aujourd'hui beaucoup plus difficile, car les malades entrent à l'hôpital avant la période de ramollissement et le traitement médical leur évite le plus souvent cette fâcheuse évolution. C'est tout au moins ce que nous avons constaté à Bordeaux, et ceci est tout en faveur de notre thérapeutique.

2. *Antigène simien.* — Il est dû aux travaux de Levaditi et obtenu par broyage au mortier de la partie superficielle des centres nerveux et des méninges de singes morts de méningo-encéphalite lymphogranulomateuse. C'est celui que fournit l'Institut Pasteur en ampoules de 1/2 cm³. Sa conservation demande les mêmes précautions que celle de l'antigène humain.

3. *Antigène de souris.* — N'a donné aucun résultat.

4. *Antigène de Reiss.* — C'est du sérum de sujet porteur

d'une poradénite inguinale (sérum phénolé). Il a été expérimenté, en particulier par des Ormeaux, médecin de la Marine à Saïgon, et ne lui a donné aucun résultat.

II. — Technique.

Qu'on emploie l'antigène humain ou simien, la technique de l'injection est toujours aussi simple.

Matériel : Seringue de 1 cm³ ou seringue de Barthélémy. Aiguille à injection intradermique (très fine et à biseau très court).

Point d'élection : A la peau du ventre ou à la face externe du bras.

Faire toujours deux injections : la première avec de l'eau stérilisée, la seconde avec l'antigène, pour s'assurer que la réaction inflammatoire n'est pas d'origine banale.

Technique de l'injection : Enfoncer l'aiguille presque parallèlement à la peau sans atteindre l'hypoderme et pousser l'injection dès que tout le biseau a disparu. Il doit se former une petite élevure blanche. On injecte ainsi 2/10e de cm³.

III. — Résultats.

L'injection faite avec l'eau stérilisée ne doit provoquer aucune réaction.

Avec l'antigène, au contraire, il apparaît, chez les sujets atteints de la maladie de Nicolas-Favre, une petite papule rouge sombre, indurée, de la taille d'une grosse lentille, qui présente son maximum d'intensité les troisième et quatrième jours et doit persister au moins six à huit jours. Donc double caractère de la réaction : tardive et prolongée. On décrit plusieurs formes : papuleuse (typique), papulo-vésiculeuse, papulo-pustuleuse, suppurée.

IV. — Valeur de la réaction.

Que signifie une réaction de Frei positive ? Que le sujet a ou a eu la maladie de Nicolas-Favre. L'allergie se maintient

en effet très longtemps après l'évolution des lésions, certains auteurs disent toute la vie. Un Frei positif ne signifie donc pas toujours que le sujet soit porteur d'une lésion évolutive, mais simplement qu'il en a présenté une au cours de sa vie. Encore moins le Frei positif est-il signe de contagiosité. Ceci a une grande importance pour le diagnostic et pour la prophylaxie.

Inversement, un Frei négatif peut se voir chez un sujet malade, soit que l'antigène ait un pouvoir antigénique insuffisant, soit que l'état d'allergie ne soit pas encore établi (le Frei ne devient positif que trente à quarante jours après la contamination), soit que l'organisme soit en état d'anergie par suite de l'existence concomitante d'une syphilis, d'un chancre mou ou d'une autre maladie anergisante.

Ces causes d'erreurs mises à part, quelle est la valeur de la réaction de Frei ? Il nous suffit d'écouter la parole des maîtres les plus autorisés sur cette question pour savoir qu'elle est considérable :

« La réaction de Frei est à la poradénite ce qu'est le Bordet-Wassermann à la syphilis. » (Nicolas.)

« Elle constitue un procédé pratique de diagnostic incomparable. » (Ravaut et Cachera.)

« C'est l'une des plus belles réactions biologiques que nous possédions en médecine. » (Ravaut.)

« Sa valeur est sinon absolue, du moins très grande. » (Nicolas.)

Hellerstrom, Grégorio, Jersild, Nicolas, Favre, Ravaut, Chevallier, Sézary, tous admettent la spécificité de la réaction de Frei et lui accordent une valeur considérable, à tel point que Ravaut, confirmé par d'autres auteurs (Flandin et Turiaff) a pu dire qu'elle ne comportait pas plus de 3 p. 100 d'erreurs. Mais ceci s'applique surtout à la réaction positive.

Quelle valeur faut-il accorder à une réaction négative en dehors des causes d'erreur signalées précédemment ? Car il semble bien que depuis quelques années on ait signalé des

cas assez fréquents de réaction négative au cours de poradénites certaines, à tel point que de Grégorio conseille de ne pas se baser sur une seule réaction négative et de recommencer huit jours plus tard avec un antigène de source différente. C'est aussi la constatation que nous avons faite à Bordeaux : un Frei négatif à plusieurs reprises chez des sujets dont la clinique crie le diagnostic. Ou bien la réaction se manifeste par un très léger érythème sans aucune élevure qui ne ressemble en rien à la réaction normale. A quoi faut-il attribuer ce fait ? Défaut de technique, nous ne le pensons pas. Ne serait-ce pas plutôt une question d'antigène, et l'antigène simien, dont nous nous servons, a-t-il vraiment une valeur aussi constante et aussi sûre que l'antigène humain ? Il nous est arrivé, en effet, d'obtenir des réactions positives avec l'antigène humain, alors qu'elles avaient été négatives avec l'antigène simien. Ces faits sont à retenir, précisément à cause de la grande valeur et de la grande utilité de la réaction de Frei.

3° Il existe une variation de la réaction de Frei qui consiste à prélever du pus chez le malade et à s'en servir d'antigène pour faire une intradermo-réaction chez un malade qu'on sait pertinemment porteur d'une poradénite inguinale.

Pronostic.

Il est très différent suivant la forme clinique :

a) Forme inguinale.

Pronostic bénin au moins au point de vue vital. Le pronostic fonctionnel peut être assombri par certaines complications telles que : éléphantiasis du membre inférieur et du scrotum, gêne de la marche, surtout si une intervention chirugicale ou radiothérapique inopinée vient à être pratiquée. Il est cependant très amélioré par les thérapeutiques actuelles, comme le prouvent nos observations.

b) Formes périnéo-rectales.

Pronostic très sombre, au contraire, car, en dépit de tous les traitements, la maladie évolue presque toujours implacablement jusqu'à ce que l'anus iliaque, devenu une intervention d'urgence, fasse de ce malade un infirme pour le reste de ces jours.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Dans l'historique de la question, nous avons rapidement passé en revue les principaux traitements employés, avec une réussite variable, dans la maladie de Nicolas-Favre. Leur fortune fut très diverse et beaucoup, après une faveur momentanée, connurent un abandon plus ou moins général. Il en est pourtant quelques-uns qu'une longue expérience a consacrés et dont l'action favorable paraît se manifester assez constamment pour qu'on puisse les retenir au titre des traitements actifs de la maladie de Nicolas-Favre, sans vouloir pourtant exclure définitivement les autres méthodes, dont les résultats furent parfois très brillants entre les mains de leurs instigateurs. Nous voulons seulement mettre en évidence celles que l'on peut considérer comme les plus efficaces et les plus pratiques en nous plaçant plus particulièrement au point de vue du médecin colonial, qui ne dispose pas de toutes les facilités qu'offrent les centres hospitaliers de la métropole.

C'est dans cet esprit que nous avons retenu et comparé entre elles les méthodes suivantes, seules ou associées :

Chirurgie;

Radiothérapie;

Chimiothérapie :

— iode;

— sulfate de cuivre ammoniacal;

— anthiomaline;

— salicylate de soude.

Nous envisagerons aussi, mais plus discrètement, le traitement des localisations périnéo-rectales de la maladie de Nicolas-Favre et indiquerons les principales données concernant la prophylaxie de cette affection en tant que maladie vénérienne, en particulier le rôle que peuvent y jouer les dispensaires.

Traitement curateur de la poradénite inguinale.

Il nous semble utile, avant d'entreprendre cette étude, de définir ce qu'on peut désigner sous le nom de « guérison » lorsqu'on parle du traitement de la poradénite inguinale. Cette affection présente, en effet, certains caractères qui donnent à ce terme un sens un peu particulier :

1° L'évolution spontanée se fait vers la disparition des lésions, mais dans un temps généralement très long.

2° Il y a des différences considérables dans la virulence du germe, fait bien prouvé par les expériences de passages en série chez le singe et qui explique l'existence de formes abortives à côté de formes graves, à suppuration interminable.

L'influence du traitement se traduit donc uniquement par un abrégement *notable* de la durée de la maladie. C'est surtout une question de temps, et c'est sur ce facteur *temps* qu'on se basera pour dire d'une thérapeutique qu'elle apporte : guérison, amélioration ou échec, tout inconvénient grave mis à part. Et encore subsistera-t-il toujours un doute sur l'influence réciproque, d'une part du traitement, de l'autre de l'évolution spontanée de la maladie. C'est ce qui explique la difficulté d'interprétation des résultats observés

I. — Traitement chirurgical.

Nous ne nous attarderons pas sur les petites interventions telles que ponctions, incisions, injections de glycérine stérilisée suivant la méthode de Pinard. Elles ont leur utilité et doivent être employées chaque fois que le ramollissement

devient important et fait craindre la fistulisation. Nous conseillons, dans ce cas, la technique de Fontan, qui consiste à ponctionner le point ramolli et à y injecter aussitôt après de la glycérine iodoformée. Mais ce ne sont que des traitements accessoires.

La chirurgie, au contraire, a été considérée par bien des auteurs commme le traitement idéal. C'est en tous les cas le plus ancien, puisque, déjà en 1894, Brault le conseillait dans les cas de bubons tuberculeux de l'aine (qui étaient pour la plupart des poradénites) et en obtenait de bons résultats en pratiquant l'ablation totale de la masse ganglionnaire. Nicolas, Favre et Durand, dans leur communication de 1913 à la Société médicale des hôpitaux de Paris, disaient : « Seule l'ablation systématique « en bloc » de toute la masse ganglionnaire permet d'obtenir rapidement la guérison de la lymphogranulomatose inguinale bénigne », surtout dans les cas de bubons fistulisés. En 1930, M. Chevallier écrivait encore : « Le succès de l'ablation chirurgicale est si frappant que, dans notre service hospitalier, les malades protestent généralement lorsque, hésitant sur le diagnostic, nous tardons à les proposer aux chirurgiens. »

Quelle intervention faut-il pratiquer ? Deux écoles se sont élevées à ce sujet : l'une conseillant la chirurgie partielle, l'autre l'ablation totale de la masse ganglionnaire superficielle.

A. — Chirurgie partielle.

Il s'agit d'extirper seulement un ou deux ganglions malades en faisant un petit curetage des lésions et en débridant les fistules et les clapiers qui peuvent exister.

Résultat :

— suites opératoires désagréables, avec écoulement séropurulent abondant;

— mais fonte assez rapide de l'adénopathie inguino-iliaque;

— aucun risque d'éléphantiasis ultérieur.

Donc méthode assez bonne et qui peut être recommandée, mais qui, en tant qu'intervention chirurgicale, demande une hospitalisation prolongée dans un milieu chirurgical avec, si elle est possible, tous les frais qu'elle entraîne.

B. — Ablation totale.

C'est là le véritable traitement chirurgical de la poradénite inguinale. Son but est d'extirper en bloc toute la masse ganglionnaire inguinale superficielle.

a) Technique.

Sous anesthésie générale, incision rectiligne ou en quartier d'orange si la peau est adhérente à la masse et surtout s'il y a des fistules. Décollement de la masse ganglionnaire de dehors en dedans. A sa partie interne, elle plonge en profondeur et on est souvent obligé de la sectionner à ce niveau, après avoir lié la crosse de la saphène. Hémostase soigneuse. Ne pas tenter la suture primitive, même avec drainage, comme on la faisait autrefois, car il y a toujours désunion, mais se contenter de tamponner la cavité avec une mèche iodoformée et panser à plat. Les jours suivants : lavages au Dakin et mèche iodoformée. Le principe général de l'opération est de faire une intervention minima portant uniquement sur les principaux ganglions superficiels sans jamais toucher aux ganglions profonds.

b) Résultats :

Cicatrisation en *quarante à quarante-cinq jours*, avec disparition des adénopathies inguinales profondes, iliaques, et même du côté opposé.

En somme, résultat satisfaisant quant à la rapidité du traitement. Malheureusement de graves inconvénients en sont la rançon.

c) Inconvénients.

1° Nécessité d'une hospitalisation pendant toute la durée du traitement, d'où frais considérables;

2° Anesthésie générale;

3° Intervention délicate, rendue très difficile par la périadénite, saignant beaucoup, et au cours de laquelle les vaisseaux fémoraux peuvent être blessés, comme le cas a été signalé à plusieurs reprises, sans parler des cas de septicémie streptococcique ou de tétanos postopératoires;

4° Cicatrice toujours inesthétique, souvent gênante pour la marche;

5° Danger toujours possible d'œdème chronique à type éléphantiasique au niveau du membre inférieur ou du scrotum, complication redoutable qui, d'un malade, fait un infirme.

Ce sont des conclusions analogues que M. Parcelier, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, a retenues de sa longue expérience à la Clinique maritime et coloniale, et qu'il a bien voulu nous communiquer :

« Je crois, dit-il, qu'il faut considérer le traitement chirurgical dans la maladie de Nicolas Favre comme un pis aller.

» L'extirpation anatomique complète du bloc cellulo-ganglionnaire infecté dans la poradénite inguinale aboutit, souvent après plusieurs mois, à l'édification d'une volumineuse cicatrice, fibreuse, dense et rétractile, qui constitue un véritable barrage à la circulation lymphatique. Aussi, nombre de malades sont-ils revus porteurs d'œdèmes éléphantiasiques du membre inférieur ou des organes génitaux, évoluant par poussées avec des rémissions plus ou moins longues, qu'on ne peut confondre avec la guérison sans faire preuve d'un optimisme excessif.

» Au total, pour beaucoup d'opérés on a transformé une maladie en une infirmité grave. Il faut noter d'ailleurs que le traitement radiothérapique aboutit à des résultats aussi décevants.

» Quand on ne pourra éviter l'intervention chirurgicale, le mieux est de s'en tenir à une intervention minima. »

Il nous semble donc logique de poser ainsi l'indication opératoire :

En présence d'une poradénite inguinale, qu'elle soit en période de crudité, de ramollissement ou de fistulisation, commencer toujours par un traitement médical qui amènera :

— soit la guérison complète : dans ce cas la chirurgie devient inutile;

— soit une simple amélioration, avec, en particulier, disparition de la périadénite, ce qui facilitera beaucoup l'intervention si on se décide à la pratiquer en désespoir de cause.

En somme, indication opératoire très limitée et bien différente de ce qu'on pensait il y a quelques années.

C'est ainsi que dans le service du Professeur Petges, aucun malade n'a été opéré depuis 1925, le traitement médical suffisant toujours à amener la guérison. Avant cette époque, l'intervention avait été pratiquée dans 14 cas : 13 avaient guéri en quarante à cinquante jours, mais un autre avait présenté un éléphantiasis du membre inférieur et du scrotum qui l'immobilisa près de deux ans à l'hôpital, dont il sortit infirme.

II. — *Radiothérapie.*

Elle a été considérée par de nombreux auteurs comme étant pour les formes fermées ce qu'était la chirurgie pour les formes ouvertes (à l'époque où celle-ci paraissait le traitement de choix). Elle présente d'ailleurs des avantages et des inconvénients du même ordre que ceux que nous avons signalés à propos de cette méthode.

Comme la chirurgie aussi, elle est employée depuis fort longtemps. Jaugeas[1], dans un article sur les *Adénites aiguës*, en 1910, écrivait : « La radiothérapie, bien conduite, peut être considérée comme le traitement local de choix des adénites tuberculeuses non suppurées et doit constituer un adjuvant utile dans les formes suppurées. Elle doit être appliquée tout au début de la tuméfaction ganglionnaire. » On sait aujourd'hui que la plupart de ces « adénites tuberculeuses » étaient en réalité des poradénites inguinales.

(1) Jaugeas, *Presse médicale*, 10 oct. 1910.

Claude[2], en 1913, présente deux observations de poradénite inguinale guérie par radiothérapie.

Plus tard, à la réunion de la Société de biologie du 4 juillet 1931, Nicolas et Favre disaient : « Nous avons cherché à appliquer la radiothérapie à la cure des adénopathies lymphogranulomateuses. Cette méthode nous a donné de bons résultats, surtout dans les formes non ouvertes. Dans les formes fistuleuses, les résultats sont parfois incomplets : il persiste des infiltrations dures, dans lesquelles les fistules restent intarissables, et pour lesquelles le traitement chirurgical a dû intervenir ultérieurement. Dans ces cas, on a trouvé une réaction scléreuse très étendue, rendant plus délicate l'exérèse chirurgicale. Dans l'ensemble, le traitement radiothérapique constitue un perfectionnement pour la cure de cette adénopathie. »

Clément-Simon et Bralez, en 1923, citent un cas remarquable d'adénopathie bilatérale, fistulisée à droite, guérie en deux mois par radiothérapie profonde.

En 1931, Buffé et Friess citent un cas analogue avec guérison en deux mois.

La même année, Fernet[3] présente un rapport, où il écrit : « La radiothérapie paraît être à l'heure actuelle le traitement le plus efficace, surtout dans les formes non suppurées et non fistulisées. » Il l'a employée dans 12 cas fistulisés et a obtenu 8 guérisons en un mois environ et 3 améliorations.

C'est aussi la méthode employée par Nicolas depuis 1930, même sur les bubons fistulisés.

A côté de ce concert d'éloges, la méthode est aussi le sujet de vifs reproches.

Nicolas lui-même, en 1923, disait : « La radiothérapie peut donner d'excellents résultats, mais il faut savoir que, quelquefois, lorsqu'elle échoue, elle détermine une sclérose extrêmement intense et envahissante qui rend ensuite l'in-

(2) Claude, Thèse Lyon, 1913.
(3) Fernet, *Bull. Soc. dermatol. et syphil.*, 8 mars 1931.

tervention chirurgicale délicate et souvent même très difficile. »

En 1929, Wangermez et Jeanneney (4) présentaient 3 cas d'éléphantiasis du membre inférieur après radiothérapie profonde de la région inguinale (ce qui est le cas dans le traitement de la poradénite inguinale) et concluaient : « Il s'agit ici d'un œdème identique à celui qui apparaît parfois après exérèse ganglionnaire très large ou lorsqu'une réunion par seconde intention provoque une cicatrice vicieuse avec sclérose des tissus. »

L'opinion de Nicolau (5) est nettement défavorable : « En ce qui concerne le traitement par les agents physiques (rayons X, rayons U.-V.), nous avons observé que dans 90 p. 100 des cas les deux méthodes ont accéléré le processus évolutif dans les ganglions. Ils ont provoqué : d'un côté une exagération des zones de nécrose, d'un autre côté une sclérose provenant du tissu de granulation qui entoure ces zones nécrosées. »

Opinions bien différentes, par conséquent, basées sur des résultats différents. Faut-il incriminer l'inconstance de la méthode ou simplement des différences de technique ? Car la technique de cette radiothérapie n'est pas la même pour tous, les uns conseillant de faibles doses journalières ou hebdomadaires, les autres de fortes doses en une seule séance. C'est à la technique de Coste que se sont ralliés actuellement la plupart des auteurs, en particulier Nicolas :

Irradiation de 20 à 25 minutes avec filtration de 15/10 de millimètre d'aluminium, à la dose de 4-5 H. par foyer irradié. On peut traiter plusieurs foyers dans la même séance. Une seule séance est habituellement suffisante. Si le résultat n'est pas complet, on peut refaire une irradiation à condition d'attendre sept à huit semaines.

---

(4) Wangermez-Jeanneney, *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 oct. 1929.
(5) Nicolau, *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Bucarest*, févr. 1932.

Résultats.

Souvent excellents, puisque la guérison survient en *cinq à six semaines* pour les formes non suppurées, en *deux mois* pour les formes ouvertes.

Mais les échecs en sont nombreux et les inconvénients graves :

1° Nécessité d'un centre hospitalier important possédant une installation de radiothérapie;

2° Prix élevé du traitement;

3° Danger de stérilisation si les organes génitaux ne sont pas bien protégés;

4° Pigmentation inesthétique de la peau, même sans radiodermite;

5° Danger de complication grave (œdème éléphantiasique du membre inférieur);

6° Intensité de la sclérose, rendant l'intervention très difficile si l'échec de la radiothérapie la rend nécessaire.

Indication.

N'employer la radiothérapie que sur les bubons fermés.

On peut obtenir :

— soit la guérison en cinq à six semaines;

— soit un échec : dans ce cas, l'intervention chirurgicale sera très difficile si l'on tente de la pratiquer et le traitement médical peu actif.

Deux de nos observations se rapportent à des cas traités par radiothérapie et qui nous ont été obligeamment communiquées par le Docteur Derennes. Le premier (obs. XXXII) a guéri en un mois. Le second (obs. XXXIII) n'a pas pu supporter le traitement (une séance hebdomadaire) à cause de la réaction générale violente qui fit suite aux deux premières irradiations.

III. — *Chimiothérapie.*

Quel que soit le médicament qu'on emploie, le traitement général a, sur les deux méthodes précédentes, qui sont des traitements locaux, des avantages importants :

a) Avantage théorique.

La maladie de Nicolas-Favre est, nous l'avons dit, une maladie générale, une véritable septicémie. Il est donc logique de l'attaquer par un traitement général, capable de chasser de l'organisme tous les germes de la maladie, assurant ainsi la guérison de l'adénopathie existante et prévenant l'apparition future de lésions périnéo-rectales. C'est peut-être là la meilleure prophylaxie de cette complication si redoutable, et cela a son importance.

b) Avantages pratiques :

1° Il peut être appliqué en dehors de tout centre hospitalier, en clientèle ordinaire comme au fond de la brousse, et par des médecins non spécialisés, à plus forte raison dans les dispensaires de prophylaxie antivénérienne;

2° Son prix est très modéré;

3° Il ne présente aucun danger;

4° Possibilité d'un traitement ambulatoire;

5° Résultats excellents, la guérison se produisant au moins aussi rapidement que par la chirurgie ou la radiothérapie, avec cette différence qu'elle ne produit jamais aucune des complications qu'elles sont susceptibles d'entraîner : cicatrice vicieuse, œdème chronique, éléphantiasis, etc.;

6° Action résolutive importante sur la périadénite, ce qui permet, à l'inverse de la radiothérapie, de pratiquer facilement une intervention chirurgicale si on le juge à propos.

Nous n'oserions cependant présenter ces traitements chimiques comme une thérapeutique idéale, car, à côté de brillants succès, ils comptent aussi de piteux échecs. Il n'en reste pas moins qu'à l'heure actuelle c'est la méthode qui paraît présenter le plus d'intérêt.

Nous étudierons surtout :

— l'iode comme traitement associé;

— le sulfate de cuivre ammoniacal, l'anthiomaline et le salicylate de soude comme traitements de base.

A. — Iode.

Il ne peut constituer à lui seul le traitement de la maladie de Nicolas-Favre, malgré les résultats surprenants obtenus parfois par son emploi. Mais il représente un aide précieux pour les autres médicaments en relevant l'état général du malade et excitant ses défenses naturelles.

On peut l'employer :

1° *Per os :*

— soit sous forme de teinture d'iode à dose progressive (de XX à C gouttes);

— soit sous forme de solution de Lugol (de 40 à 100 cm^3 par jour).

Pour éviter les troubles digestifs, il est conseillé de le prendre dans du lait ou de la bière.

2° *En injections intraveineuses.* — Sous forme d'Hypolugol, selon la formule de Ravaut, qui a l'avantage de ne pas scléroser la veine (doses progressives de 3 à 20 cm^3).

Puisque ce n'est qu'un traitement adjuvant, nous conseillons plutôt la voie *per os.*

Dans l'observation XXXI, un traitement régulier par le Lugol sur un cas pris dès le début a amené la guérison en cinquante-neuf jours, malgré un début de ramollissement (Doses progressives de 1 à 30 cm^3 augmentées de 2 cm^3 par jour; 2 séries).

B. — Sulfate de cuivre ammoniacal.

Méthode préconisée par Carnot et Froment [6] en 1924, elle fut étudiée, particulièrement à Bordeaux, par notre Maître le Professeur Petges [7], qui donna ses conclusions à ce sujet à la Réunion dermatologique de Lyon du 27 janvier 1929 et dans la thèse de son élève Le Bihan [8] en 1933. Sans obte-

(6) Carnot et Froment, *Paris médical*, 8 mars 1924.

(7) Petges, David-Chaussée et A.. Petges, *Bull. Soc. franç. dermatol. et syphil.*, 27 janv. 1929, p. 178.

(8) Le Bihan, Thèse Bordeaux, 1933.

nir chaque fois un résultat aussi brillant que dans l'observation de Carnot et Froment, où la guérison fut obtenue en vingt-trois jours chez un sujet dont l'adénopathie évoluait depuis cinq mois et était fistulisée, il put obtenir une moyenne de guérison de *soixante-deux jours*, résultat remarquable si on le compare aux autres traitements en cours à cette époque :

— Traitements divers sauf chirurgie : moyenne de durée du traitement, *cent dix-sept jours.*

— Chirurgie : moyenne de durée du traitement, quarante à cinquante jours, mais possibilité de graves complications.

Malgré quelques cas d'intolérance, dont un seul sérieux et dû à une erreur de posologie, le Professeur Petges est resté longtemps fidèle au sulfate de cuivre ammoniacal, et ce n'est que par esprit de recherche qu'il est venu au salicylate de soude, afin de vérifier si les bons effets, signalés en particulier par Chevallier, étaient constants et si cette méthode était assez pratique pour être utilisée par les médecins coloniaux.

La solution de sulfate de cuivre ammoniacal employée dans le service de notre maître est une solution à 4 p. 100 dans du sérum hypertonique à 8 ou 9 p. 1.000. Il conseille de l'employer à doses élevées et prolongées : injections intraveineuses de 1 à 4 cm^3, en commençant progressivement; renouveler cette dose maxima de 4 cm^3 pendant vingt à trente jours sans interruption, jusqu'à un total d'environ 3 g. 50; tous les deux jours d'abord, puis après quelques jours, quotidiennement. Le traitement ainsi conduit ne présente aucun danger, il peut seulement provoquer quelques petits signes d'intolérance, rares d'ailleurs :

— précoces : goût métallique, chatouillement dans la gorge;

— tardifs : céphalée persistante, asthénie, troubles gastro-intestinaux.

En somme, méthode intéressante, et qui mérite bien d'être retenue.

C. — Anthiomaline.

Dernier venu dans la série des sels d'antimoine, après l'émétique et le stibyal, l'anthiomaline a conquis actuellement la confiance de nombreux auteurs.

Les premières observations se rapportant à cette méthode ont été publiées le 17 mai 1934 par Sézary et Facquet [9], qui obtinrent une guérison ou une très forte amélioration dans 5 cas sur 6 dans un délai de un mois et demi à deux mois.

En 1935, Sézary [10] pouvait présenter une vingtaine de cas traités ainsi, dont les résultats sont les suivants :

1° Guérison complète en trois à onze semaines, avec repos au lit, dans 3/5 des cas.

2° Amélioration lente en deux à quatre mois, guérison en six à huit mois, 1/5 des cas.

3° Echec, 1/5 des cas.

Gaté [11] présente un cas intéressant de poradénite bilatérale, ramollie des deux côtés, guérie en cinquante jours par l'anthiomaline.

Dans sa thèse, Mlle Laurens [12] fait une étude complète de cette méthode et donne le résultat de 14 observations :

7 guérisons ou très grandes améliorations (durée du traitement : trois à onze semaines), soit 50 p. 100 des cas;

5 améliorations simples (durée du traitement : six à seize semaines), soit 36 p. 100 des cas;

2 échecs : soit 14 p. 100 des cas.

Darroze [13], à son tour, consacre sa thèse inaugurale à cette

(9) Sézary et Facquet, *Bull. Soc. franç. dermatol. et syphil.*, 17 mai 1934.
(10) Sézary, *Paris médical*, 7 déc. 1935, et autres travaux signalés dans la bibliographie avec ses collaborateurs : Facquet, Bolgert, Bardin, Joseph, etc.
(11) Gaté, Michel et Graviloff, *Bull. Soc. franç. dermatol. et syphil.*, 20 déc. 1935.
(12) Laurens, Thèse Paris, 1935.
(13) Darroze, Thèse Lyon, 1936.

question et apporte des résultats superposables à ceux de Mlle Laurens :

63 p. 100 de guérisons;
23 p. 100 d'améliorations;
11 p. 100 d'échecs.

Les résultats paraissent si brillants à Nicolas et Favre qu'ils n'hésitent pas à écrire : « Comme traitement général, c'est le traitement chimiothérapique par injections intramusculaires d'anthiomaline qui paraît de beaucoup le meilleur à l'heure actuelle. » (14).

Pyloz de Mytho, qui l'utilisa en Cochinchine, va même jusqu'à dire : « Le traitement par l'anthiomaline donne des résultats suffisamment rapides pour qu'il puisse être considéré comme spécifique et puisse jouer le rôle de traitement d'épreuve. »

Quelles sont donc, en dehors de sa rapidité d'action, les *avantages* de cette thérapeutique ?

Composé trivalent de l'antimoine (antimoine-III-thiomalate de lithium), l'anthiomaline présente sur les autres produits stibiés, pentavalents, l'avantage de pouvoir être injectée sans douleur par voie intramusculaire, évitant ainsi l'ennui des injections intraveineuses et les quintes de toux, parfois émétisantes, qui les suivaient, et permettant l'injection de doses beaucoup plus fortes sans qu'apparaissent les signes d'intolérance : douleurs rhumatoïdes, diarrhée, hypotension.

Sa *toxicité* est cependant assez forte, et « il est prudent de rechercher les contre-indications habituelles de la thérapeutique stibiée : mauvais état des voies digestives, du foie, des reins, état cachectique avancé, avant le traitement, surtout si celui-ci doit être conduit d'une façon intensive » (Darroze). Elle se manifeste d'ailleurs constamment par quelques troubles :

— Léger état d'asthénie, d'anémie, d'anorexie;
— Surtout douleurs rhumatoïdes, qui constituent le *rhu-*

(14) Nicolas et Favre, *Journal Méd. Franç.*, déc. 1935.

matisme stibié : caractérisé par des douleurs surtout fréquentes dans la région scapulaire, localisées aux insertions tendineuses péri-articulaires, mais n'entraînant aucune lésion organique de l'articulation, il se produit à des doses extrêmement variables, suivant les individus. Les douleurs apparaissent quatre ou cinq heures après l'injection et persistent un jour ou deux, disparaissant sans laisser aucune séquelle.

Posologie.

Séries de 12 à 20 injections intramusculaires au rythme de 3 injections par semaine. Les doses seront : 0,06 — 0,12 — 0,18 — 0,21 — 0,24 — 0,27 — 0,30 cg.

Comme, en pratique, l'anthiomaline est livrée en solution telle que : 1 cm^3 = 0,06 cg., il faudra injecter : 1 cm^3 — 2 cm^3 — 3 cm^3 — 3 1/2 cm^3 — 4 cm^3 — 4 1/2 cm^3 — 5 cm^3.

La dose maxima sera celle qui déterminera l'apparition de douleurs rhumatoïdes (constantes pour 0,30 cg.). On diminue alors la dose, quitte à reprendre ensuite la précédente, qui bien souvent ne détermine plus de rhumatisme.

Dose totale pour une série : ne pas dépasser 4 grammes.

Repos de huit jours entre chaque série.

Il y aurait avantage à ne faire aucun traitement associé sauf le repos au lit (Sézary).

Résultats.

Il semble qu'on puisse prendre comme moyenne la statistique de Mlle Laurens :

50 p. 100 de guérisons avec une durée moyenne de traitement de trois à onze semaines;

36 p. 100 d'amélioration simple avec une durée moyenne de traitement de six à seize semaines;

14 p. 100 d'échecs.

Dans les cas classés comme guérisons ou très grandes améliorations, la moyenne de la durée du traitement a été de *soixante-trois jours*.

On peut donc dire que l'anthiomaline apporte la guérison ou une très grande amélioration dans 50 p. 100 des cas et au bout de soixante-trois jours.

Personnellement, nous avons vu traiter un seul malade par l'anthiomaline (obs. XXX). L'adénopathie inguinale droite, qui présentait seulement au début un peu de rougeur de la peau, n'en a pas moins évolué vers le ramollissement. Après ponction, l'amélioration s'est produite lentement, bien qu'au cours de l'évolution un ganglion de l'aine gauche, à peine perceptible au début du traitement, se soit ramolli et ait dû être ponctionné. La guérison a été obtenue en quarante-huit jours.

D. — Salicylate de soude.

1. — Pharmacologie.

Préparation : Par saturation de l'acide salicylique par le carbonate ou le bicarbonate de sodium.

Se présente sous forme de lamelles ou de poudre cristalline, incolore, inodore, de saveur sucrée et salée à la fois.

Soluble dans l'eau et l'alcool.

S'altère à la lumière et se colore en rose puis en brun.

Décomposé par la chaleur au-dessus de 200 degrés.

Décomposé par les acides dilués en libérant l'acide salicylique, peu soluble, qui précipite.

Se colore en violet intense par le perchlorure de fer, réaction capitale pour la recherche du salicylate de sodium dans un liquide.

Sa solution aqueuse doit être impide, incolore, neutre au tournesol.

Employé en thérapeutique :

— dans le rhumatisme articulaire aigu, dont il est le médicament spécifique;

— dans l'encéphalite épidémique : donner de fortes doses;

— dans la maladie de Nicolas-Favre;

— comme cholagogue (0,50 cg. au début de chaque repas);

— comme topique et désinfectant de la cavité buccale (solution à 1 ou 2 p. 100).

Précautions à prendre au cours d'un traitement salicylé :

1° Vérifier l'élimination rénale par la recherche du salicylate dans l'urine;

2° Appliquer un régime strictement lacté si le salicylate est absorbé *per os*.

Contre-indications : Néphrite, grossesse, cardiopathie avancée, éthylisme.

Signes d'intolérance : Bourdonnements d'oreilles, surdité légère, vertiges, nausées.

Incompatibilités : Antipyrine, solution de sirops acides.

Préparations pharmacologiques :

1° *Potion.* — Exemple :

Salicylate de sodium	4 grammes
Bicarbonate de sodium	8 grammes
Sirop d'E. O. A.	30 grammes
Eau ..... q. s. p.	60 grammes

Toujours associer au salicylate une quantité double de bicarbonate, afin d'éviter l'action irritative du salicylate sur l'estomac.

2° *Solution pour injection intraveineuse.* — Solution glucosée à 10 p. 100, dont l'avantage est d'éviter la sclérose des veines.

Glucose		
Salicylate de sodium	} aâ	10 grammes
Eau distillée ..... q. s. p.		100 grammes

à répartir en ampoules de 10 cm^3.

2. — Emploi du salicylate de soude dans la maladie de Nicolas-Favre.

a) Voie d'absorption :

1° *Per os.* — On donne le salicylate sous forme de potion à la dose de 4 à 6 grammes par jour, comme le faisait Chevallier au début. Mais un traitement prolongé a le gros inconvénient

de provoquer à coup sûr des troubles digestifs importants malgré l'application d'un régime lacté strict qui par lui-même, est déjà très ennuyeux. Cette voie ne sera donc employée que lorsque la voie intraveineuse sera impossible.

2° *Voie intraveineuse.* — La sclérose veineuse qu'on lui a reprochée est en réalité très minime avec la solution glucosée. C'est la méthode de choix.

b) Posologie.

On emploie la solution glucosée à 10 p. 100 dont on injecte chaque jour 10 cm³, c'est-à-dire 1 g. de salicylate. Commencer par 5 cm³ pour tâter la sensibilité du sujet.

Continuer ce traitement pendant 25 à 30 jours. Puis repos de 8 jours pendant lequel on pourra faire une petite cure iodée sous l'une des trois formes suivantes :

1° Teinture d'iode, de 15 à 50 gouttes progressivement;

2° Solution de Lugol de 40 à 100 cm³ à prendre dans du lait ou de la bière.

Si l'amélioration est insuffisante, reprendre une nouvelle série de salicylate, continuer ce traitement jusqu'à ce que la guérison soit complète.

Terminer par une petite cure iodée que le malade pourra faire chez lui pendant quinze jours.

3. — Préparation de la solution glucosée.

S'il est facile de se procurer en France la solution glucosée de salicylate de sodium, il n'en est pas toujours de même aux colonies. Aussi avons-nous pensé qu'il pourrait être utile de décrire ici une méthode simple et sûre qui permette de la préparer soi-même. Nous tenons ici à adresser à M. le Professeur Labat nos sincères remerciements pour les conseils éclairés qu'il nous a prodigués avec tant de bienveillance. Il a bien voulu faire devant nous une démonstration de cette petite opération, ce qui nous a permis d'en apprécier l'intérêt et d'en mieux comprendre les détails.

a) Matériel :

1° produits médicamenteux : salicylate de sodium et glucose;

2° de l'eau pour faire la solution : eau distillée si possible, à son défaut eau de pluie ou même eau ordinaire bouillie et filtrée dans des récipients de Pyrex ou Sibor, si possible;

3° une balance;

4° deux flacons gradués à 100 cm³;

5° un entonnoir;

6° du papier filtre ou du coton hydrophile;

7° un petit flacon (en verre jaune de préférence) muni d'une fermeture analogue à celle des bouteilles de limonade, ou bien des ampoules;

8° un récipient à double fond permettant de faire bouillir au bain-marie le flacon ou les ampoules;

9° un appareil de chauffage quelconque permettant de porter à l'ébullition l'eau de ce récipient.

En somme, matériel très simple, qu'on peut se procurer partout.

b) Technique :

1° peser 10 grammes de salicylate et 10 grammes de glucose;

2° les mettre dans un flacon gradué de 100 cm³;

3° ajouter dans ce flacon de l'eau en quantité suffisante pour obtenir 100 cm³ de solution;

4° agiter vigoureusement : on obtient une dissolution rapide des deux produits;

5° filtrer cette solution;

6° la mettre dans les ampoules ou dans le flacon à fermeture spéciale;

7° stériliser par tyndalisation à 100° (faire bouillir trois fois pendant trente minutes à deux jours d'intervalle). Employer pour cela le récipient à double fond.

On obtient ainsi une solution stérilisée, directement injectable. Elle prend parfois une légère teinte jaune, qui n'est en aucune façon un signe d'altération.

4. — Inconvénients de cette thérapeutique.

Ils sont très minimes :

1° Injection intraveineuse : la sclérose des veines est insignifiante avec la solution glucosée à 10 p. 100;

2° On a signalé quelques troubles dus à l'injection du salicylate :

a) Troubles immédiats.

Ils sont toujours assez rares et très légers. Ce sont des sensations variables avec chaque individu, telles que : chaleur dans le bras, éblouissement, vertige, bourdonnements d'oreilles; tous ces phénomènes disparaissent rapidement dès que l'injection est terminée. Pour les éviter, il est recommandé de pousser l'injection très lentement et de diluer le salicylate dans la seringue par une égale quantité de sang.

On a signalé quelques cas d'hémorragies sous-conjonctivales (Jacot), de rares comas à type diabétique acido-cétonique sans gravité, sauf un cas (Friedmann).

Le passage du salicylate hors de la veine, dans le tissu cellulaire, n'est pas très douloureux et ne donne pas d'escarre contrairement à d'autres produits, en particulier le sulfate de cuivre ammoniacal.

b) Troubles tardifs.

Sclérose des veines : elle est très peu marquée. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation XXIX, où la malade traitée depuis deux ans pour un retrécissement du rectum a pu recevoir 88 injections de salicylate.

On a signalé des cas de néphrite, très rares d'ailleurs, et qui ne se sont produits chez aucun de nos malades. Une bonne précaution, cependant, est de rechercher régulièrement l'albumine dans les urines une fois par semaine.

5. — Avantages.

Facilité de préparation.

Conservation indéfinie sans précautions particulières.

Prix de revient très abordable.

Emploi très facile.

Innocuité absolue aux doses employées sans aucun phénomène d'accumulation.

Aucun trouble comparable au rhumatisme stibié, qui soit susceptible de limiter sa posologie ou de déterminer l'interruption du traitement.

Action très favorable sur l'état général du malade.

Résultats supérieurs à tous les autres traitements.

6. — Résultats thérapeutiques.

Ils se montrent excellents dans la plupart des cas, surtout lorsque le traitement est établi précocément. « Les résultats sont très heureux lorsque les adénopathies sont récentes, encore fermées, non suppurées. Ils sont favorables mais moins satisfaisants, si le bubon a déjà suppuré et plus encore fistulisé. Il y a donc grand intérêt à instituer le traitement salicylé le plus tôt possible. » (Touraine.) (1).

Depuis que Chevallier a découvert cette méthode, de nombreux auteurs l'ont employée et leurs conclusions sont tout à fait concordantes : le salicylate de soude a une action remarquable sur la maladie de Nicolas-Favre.

Kleinberg, dans sa thèse (Paris, 1934), présente 10 observations :

— Deux d'entre elles (III et VIII) sont sans intérêt, puisque le traitement salicylé n'a pu être fait;

— Deux autres (V et VII) montrent l'influence favorable du salicylate sur la lymphorée postopératoire;

— L'observation X est un cas d'esthiomène amélioré par un

(1) Touraine et Aubrun, *Bull. Soc. franç. dermatol. et syphil.*, 14 déc. 1933, p. 1651.

traitement de vingt-deux jours, mais dont la récidive se produisit rapidement après son interruption.

— Les autres (I, II, IV, VI, IX) sont des cas de poradénite typique dont le traitement salicylé a amené la guérison en vingt-sept jours, en moyenne.

Pinhas Segal (thèse Paris, 1934), rapporte aussi 2 observations : l'une guérie en un mois, l'autre améliorée (traitement insuffisant).

Goutal, dans sa thèse (Marseille, 1936), présente 3 observations (II, III, V), où l'association du salicylate à la radiothérapie a donné des résultats intéressants (guérison en trente-cinq, vingt-deux, cinquante jours).

Velasquez (thèse Paris, 1936) apporte 6 observations de malades traités par le salicylate. La première, de Chevallier, est l'histoire de la découverte de l'action de ce médicament à l'occasion du traitement d'un lymphogranulomateux soigné pour rhumatisme et qui guérit de son lymphogranulome en trente jours (8 g. *per os* par jour). 4 autres, de Touraine et Aubrun, montrent 3 guérisons en vingt jours de moyenne et une amélioration en quinze jours. Il en cite 1 de Gaté qui montre le peu d'action du salicylate sur les lésions ano-rectales.

Des Roseaux, médecin de la Marine à Saïgon, présente enfin (*Paris médical*, 9 janv. 1937) le résultat du traitement salicylé chez 7 de ses malades atteints de poradénite inguinale. Dans tous les cas, il a obtenu une guérison extrêmement rapide, même dans le bubon ramolli, avec une durée moyenne de traitement qui est de vingt jours. A noter qu'il a revu la plupart de ces malades quelques mois après et qu'il n'a observé aucune récidive.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous apportons 21 observations de malades traités par le salicylate de soude. 6 d'entre elles nous ont été très aimablement communiquées par M. le Docteur Bargues, une autre est due à l'obligeance du Professeur Carles, les 14 autres ont été recueillies dans le service de notre maître le Professeur Petges.

Les résultats succincts en sont les suivants :

1° Pour les 6 malades du Docteur Bargues, la durée moyenne du traitement a été de soixante-sept jours;

2° Dans le service du Professeur Petges, elle a été de *trente-quatre jours.*

Observation I (résumée).

(Dr Bargues.) (1)

Poradénite inguinale.

Marin, 34 ans, Métis.

Examen : Adénopathie inguinale droite de la grosseur d'un œuf; point de ramollissement très limité.

Traitement : Incision donnant issue à un peu de pus. Salicylate de soude intraveineux, pendant deux mois. Anthiomaline ensuite.

Résultat : Cicatrisation rapide (vingt jours) de l'incision. Diminution de moitié de l'adénopathie sous l'influence du repos et du salicylate au début. Diminution rapide du reliquat par l'Anthiomaline.

(1) Nous remercions le Docteur Bargues de l'obligeance qu'il a eue en nous remettant un résumé de ses observations, dans lesquelles, malheureusement, nous ne pouvons indiquer que la durée du traitement.

A la sortie, reliquat de la grosseur d'une bille. Guérison.

Durée d'hospitalisation : Quatre mois.

Observation II (résumée).

(Dr Bargues.)

Poradénite inguinale.

Marin, 28 ans, Métis.

Examen : Adénopathie inguinale bilatérale non suppurée de la grosseur d'un poing fermé. Fièvre.

Traitement : Salicylate de soude intraveineux.

Résultat : Exeat après trois mois de traitement.

Reliquat de la grosseur d'une noisette à droite, insignifiant à gauche. Guérison.

Observation III (résumée).

(Dr Bargues.)

Poradénite inguinale.

Marin, 22 ans, Métis.

Examen : Adénopathie inguinale gauche non suppurée du volume d'un œuf de poule.

Traitement : Salicylate de soude intraveineux et repos au lit.

Résultat : Exeat après deux mois et demi de traitement.

Reliquat insignifiant. Guérison.

Observation IV (résumée).

(Dr Bargues.)

Poradénite inguinale.

Marin, 26 ans, Européen.

Examen : Adénopathie inguinale droite non suppurée du volume d'un œuf de pigeon.

Traitement : Salicylate de soude intraveineux et radiothérapie.
Résultat : Exeat après quarante-cinq jours d'hospitalisation.
Reliquat insignifiant. Guérison.

Observation V (résumée).

(Dr Bargues.)

Poradénite inguinale.

Marin, 24 ans, Métis.
Examen : Adénopathie inguinale gauche non suppurée de la grosseur d'un œuf de poule.
Traitement : Salicylate de soude intraveineux.
Résultat : Exeat après six semaines de traitement.
Reliquat insignifiant. Guérison.

Observation VI (résumée).

(Dr Bargues.)

Poradénite inguinale.

Marin, 24 ans, Métis.
Examen : Adénopathie inguinale droite non suppurée de la grosseur d'un œuf.
Traitement : Salicylate de soude intraveineux.
Résultat : Exeat après neuf semaines de traitement.
Reliquat insignifiant. Guérison.

Observation VII (résumée).

(Clinique dermatologique du Professeur Petges.)

Poradénite inguinale.

U... (S.), 30 ans, marin.
Entré, le 3 février 1934, pour une adénopathie inguinale bilatérale dont le début remonte à deux mois

Antécédents : Syphilis depuis cinq ans, traitée régulièrement. B.-W. négatif. Ecoulement blennorragique chronique.

Examen : Adénopathie inguinale bilatérale, énorme, surtout à gauche, empâtée par de la périadénite, douloureuse mais non fluctuante. Adénopathie iliaque interne des deux côtés. Peau normale. Aucune trace d'ulcération sur la verge.

Examens de laboratoire :

B.-W. négatif;

Réaction d'Ito-Reenstierna positive;

Réaction de Frei positive.

Traitement et évolution : 1° Du 3 mars au 27 mars, 20 injections de sulfate de cuivre ammoniacal.

L'amélioration n'est pas nette, puisque le 5 avril on est obligé d'inciser le bubon de l'aine gauche.

2° Du 3 avril au 27 avril, 20 injections de salicylate de soude intraveineux.

Une amélioration nette se produit.

Exeat le 27 avril. Guérison (l'incision est cicatrisée; il ne reste dans les deux aines que de petits ganglions mobiles et non douloureux).

En résumé, malade atteint de bubon inguinal bilatéral, vraisemblablement mixte, chez lequel un traitement par 20 injections de salicylate de soude a amené la guérison, alors que 20 injections de sulfate de cuivre ammoniacal ne l'avaient que légèrement amélioré.

Observation VIII (résumée).

(Service du Professeur Petges.)

Poradénite inguinale avec association de chancres mous.

O... (R.), 37 ans, marin.

Entre, le 6 janvier 1936, pour une adénopathie inguinale bilatérale.

Antécédents : Rien à signaler.

Examen : Sur la verge, ulcérations datant de un mois, présentant les caractères du chancre mou, de chaque côté du frein. Adénopathie inguinale bilatérale à prédominance droite. Forte périadénite. Peau rouge. Palpation douloureuse, mais pas de fluctuation. Adénopathie iliaque interne droite très nette.

Température : 38°.

Réactions de laboratoire :

B.-W. négatif;

Réaction d'Ito-Reenstierna positive;

Réaction de Frei : positive.

Traitement et évolution : Du 6 au 15 janvier, lavages des ulcérations à l'eau boro-oxygénée et enfumages iodés, poudre iodoformée; pansements humides sur l'adénite droite.

Du 15 janvier au 6 février, 22 injections de salicylate de soude, à raison de 1 gramme par jour, en solution intraveineuse glucosée.

Du 30 janvier au 6 février, on ajoute un traitement iodé (de 15 à 40 gouttes de teinture d'iode).

Le 6 février, poussée de température à 40° avec coliques et diarrhée. On interrompt le traitement jusqu'au 11 février, où l'état du malade est redevenu normal.

Du 11 au 20 février, 8 injections de salicylate de soude. A cette date on note : depuis huit ou dix jours déjà, la masse ganglionnaire s'est désagrégée par disparition de la périadénite. Les ganglions ont très nettement diminué de volume et la douleur, même à la pression, a disparu. Les ganglions sont durs, mobiles et non douloureux. L'adénopathie iliaque a aussi rétrocédé considérablement, mais elle reste encore perceptible.

Le malade pourrait sortir, mais comme il est marin et étranger, il est gardé au repos avec un petit traitement iodé (de 15 à 30 gouttes de teinture d'iode pendant huit jours). Ce traitement détermine l'apparition de troubles analogues à ceux qu'il avait présentés le 6 février, ce qui prouve qu'ils étaient dus non pas au traitement salicylé, mais au traitement iodé.

En résumé, il s'agit d'un malade atteint d'une poradénite inguinale et qu'un traitement salicylé (30 injections de

1 gramme, à raison de une tous les jours) a mené à la guérison en trente-cinq jours (début du traitement le 15 janvier; fin le 19 février), malgré une interruption de cinq jours nécessitée par une diarrhée due vraisemblablement au traitement iodé pour lequel le malade semble être intolérant. Le traitement salicylé, par lui-même, a été parfaitement bien supporté.

Observation IX (résumée).

(Clinique dermatologique du Professeur Petges.)

Poradénite inguinale et chancres mous.

Le P... (A.), 27 ans, marin.

Entre, le 19 février 1936, pour une adénopathie inguinale gauche et ulcération du frein.

Examen : A côté du frein, ulcération ovalaire non indurée, datant de treize jours, ayant les caractères du chancre mou. Adénopathie inguinale gauche, volumineuse et douloureuse, non fluctuante, avec périadénite.

Traitement et évolution : Traitement du chancre mou.

L'adénopathie inguinale gauche grossit, une adénopathie droite apparaît, douloureuse; la température monte à 38. Adénopathie iliaque interne des deux côtés.

Le 16 mars, le Frei est très positif. La réaction d'Ito-Reenstierna est également positive.

Le 30 mars, les deux réactions pratiquées à nouveau, se montrent toutes deux positives.

En raison de l'existence de chancres mous, 4 injections de vaccin antichancrelleux de Nicole sont pratiquées les 20, 24, 28 février et le 11 mars, sans que l'adénopathie soit influencée.

Le 18 mars, on institue le traitement salicylé. On le poursuit jusqu'au 10 avril (soit 21 injections), date de son exeat.

On peut noter à ce moment qu'il ne reste plus qu'un ganglion de la grosseur d'une noisette dans l'aine droite. A gauche, trois petits ganglions.

En résumé, il s'agit d'un malade qui a présenté un bubon mixte (association de chancrelle et de poradénite inguinale) dont la nature, affirmée par les intradermo-réactions très positives au Frei et au Dmelcos, n'a été établie que le 17 mars. Jusque-là, le traitement classique du chancre mou fut seul appliqué et n'a amené aucune amélioration.

Au contraire, le traitement salicylé amena rapidement une amélioration très nette, et après vingt-cinq jours de traitement (21 injections de salicylate) le malade a pu sortir de l'hôpital complètement guéri.

A noter :

1° Le Dmelcos n'a eu aucune action sur la poradénite inguinale;

2° Le salicylate a guéri ce bubon mixte en vingt et un jours.

Observation X (résumée).

(Clinique dermatologique du Professeur Petges.)

Poradénite inguinale chez un syphilitique.

R... (Y.), 24 ans, marin.

Entre, le 16 mai 1936, pour adénopathie inguinale droite.

Antécédents : Pas de syphilis avouée.

Examen : Adénopathie inguinale droite, pluriganglionnaire, avec périadénite. Adénopathie iliaque interne. Pas d'érosion génitale ni d'écoulement uréthral.

Examens de laboratoire :

B.-W : + + + + ;

Frei : + +.

Traitement et évolution : On établit d'une part le traitement salicylé contre la poradénite inguinale, d'autre part le traitement spécial (bivatol, novarsénobenzol).

Le traitement salicylé a été poursuivi régulièrement du 22 mai au 21 juin, avec une interruption de neuf jours lorsqu'on a commencé le traitement spécifique. Le nombre d'injections a été de 17

A ce moment, l'amélioration était très nette : disparition de la périadénite, les ganglions deviennent petits et non douloureux.

Mais une analyse d'urine montre la présence de 1 g. 75 d'albumine, ce qui détermine l'arrêt des deux traitements. Quinze jours après, l'albumine ayant disparu, on reprend le traitement spécifique par le novar, sans reprendre le salicylate, l'adénopathie étant considérée comme guérie.

En résumé, il s'agit d'un malade syphilitique qui a présenté une poradénite inguinale, pour laquelle un traitement salicylé se réduisant à 17 injections et interrompu à cause d'une crise d'albuminurie, a amené la guérison en un mois et demi.

A noter qu'on a fait simultanément un traitement spécifique auquel il faut vraisemblablement rattacher l'albuminurie.

Observation XI (résumée).

(Clinique dermatologique du Professeur Petges.)

Poradénite inguinale.

D... (H.), 24 ans, pâtissier.

Entre, le 12 juin 1937, pour adénopathie inguinale bilatérale.

Antécédents : Chancre syphilitique en 1933, traité irrégulièrement.

Examen : Adénopathie inguinale bilatérale, douloureuse, surtout marquée à gauche où l'on perçoit de la fluctuation. Cicatrice d'une petite ulcération du côté du frein. Adénopathie iliaque bilatérale.

Etat général mauvais (poids : 50 kilos; température : 37°5; pas d'appétit, asthénie).

Examens de laboratoire :

B.-W., négatif;

Réactions de Frei (1) et d'Ito-Reenstierna négatives.

(1) L'antigène simien utilisé depuis cette époque n'a pas donné des résultats positifs dans la plupart des cas, même chez des malades indiscutablement atteints de poradénite.

Traitement et évolution : Le 12 juin 1937, incision du bubon gauche.

Le 6 juin 1937, menace de suppuration à droite, arrêtée par pansements humides.

Du 22 au 30 juin, teinture d'iode (de 15 à 40 gouttes en augmentant de 5 gouttes tous les jours).

Du 30 juin au 30 juillet, 29 injections de salicylate de soude (0 g. 50 jusqu'au 7 juillet, 1 gramme ensuite).

Le 7 juillet, suppuration à droite, incision.

Le 20 juillet, apparition d'un érythème noueux rapidement disparu.

Exeat le 30 juillet, le malade étant considéré comme guéri.

En résumé, malade présentant cliniquement une poradénite inguinale bilatérale à la période de suppuration, et que le traitement salicylé a guéri en un mois.

A noter que l'amie de ce malade a été hospitalisée en même temps que lui pour un bubon de l'aine et un abcès périanal d'origine indéterminée.

A signaler l'érythème noueux survenu le 20 juillet, disparu en huit jours.

Observation XII (résumée).

(Clinique dermatologique du Professeur Petges.)

Poradénite inguinale.

B... (C.), 29 ans, marin.

Entre, le 3 avril 1936, pour une adénopathie inguinale gauche, dont le début remonte au 10 mars environ. Jusqu'au 30 mars, elle augmente progressivement de volume et l'état général est fortement touché, obligeant le malade à cesser son travail.

Examen : Adénopathie inguinale gauche du volume d'un œuf de poule sans ramollissement. Rougeur de la peau. Ebranlement en masse. Indolence complète. Adénopathie iliaque interne.

Traitement et évolution : Du 3 avril au 5 mai, repos au lit, compresses humides, injections intraveineuses de salicylate de soude (1 gramme par jour).

Du 6 mai au 15 mai, teinture d'iode (15 gouttes).

Dès le 20 avril (après 17 injections), grosse amélioration, disparition de la périadénite, peau normale, affaissement de la masse ganglionnaire.

Guérison après 29 injections de salicylate de soude.

Exeat le 18 mai.

En résumé, adénopathie unilatérale non ramollie, guérie en quarante-cinq jours par 29 injections de salicylate de soude, suivies de l'ingestion de 15 gouttes de teinture d'iode pendant dix jours.

Observation XIII (résumée).

(Clinique dermatologique du Professeur Petges.)

Poradénite inguinale chez un syphilitique.

O... (J.), 23 ans, marin.

Entre, le 14 avril 1936, pour une adénopathie inguinale gauche évoluant depuis un mois.

Examen : Adénopathie inguinale gauche du volume d'un œuf de pigeon, non ramollie, indolente. Adénopathie iliaque interne.

A droite, petit ganglion du type syphilitique.

Examens de laboratoire :

B.-W. + + + + ;

Frei positif à deux reprises.

Traitement : Du 16 avril au 26 mai, salicylate de soude intraveineux (1 gramme par jour), en tout 30 injections, à cause d'un temps d'arrêt du 2 au 10 mai. Traitement spécifique (bivatol, sulfarsénol) jusqu'à l'exeat.

Evolution : Au début, évolution vers le ramollissement; incision le 12 mai. Cicatrisation et résorption lente ensuite.

Au cours du traitement, angine secondaire et roséole.

Exeat le 11 juillet 1936, presque guéri.

En résumé, sujet atteint d'une syphilis et d'une poradénite inguinale pour laquelle le traitement salicylé a amené la guérison presque complète en trois mois, mais n'a pas pu éviter le ramollissement.

Observation XIV (résumée).

(Clinique dermatologique du Professeur Petges.)

Poradénite inguinale.

R... (Y.), 19 ans, marin.

Entre, le 30 juillet 1936, pour une adénopathie inguinale gauche.

Il aurait remarqué, le 15 juin, une petite ulcération sur le frein, suivie, huit jours après, d'une adénopathie inguinale gauche douloureuse, qui augmenta progressivement de volume et aboutit, trois semaines après, au ramollissement qui nécessita une incision.

Examen : A son entrée à l'hôpital, on trouve une adénopathie gauche inguinale et iliaque, dont la nature lymphogranulomateuse est prouvée par une réaction de Frei positive.

Traitement : Salicylate de soude intraveineux (1 gramme par jour), 22 injections.

Exeat le 12 septembre 1936. Guérison.

En résumé, poradénite inguinale gauche ramollie et incisée, guérie en quarante-quatre jours par 22 injections de salicylate de soude.

Observation XV (résumée).

(Clinique dermatologique du Professeur Petges.)

Poradénite inguinale.

L... (L.), 27 ans.

Entre, le 13 juin 1937, pour une adénopathie inguinale lymphogranulomateuse.

Traitement : 24 injections de salicylate de soude intraveineux (1 gramme par jour).

Exeat le 21 juillet. Guérison.

En résumé, poradénite inguinale guérie en trente-sept jours par le salicylate de soude.

Observation XVI (résumée).

(Clinique dermatologique du Professeur Petges.)

Poradénite inguinale.

M... (G.), 40 ans.

Entre, le 10 octobre 1935, pour une adénopathie inguinale gauche dont le début remonte à dix jours.

Examen : Adénopathie inguinale et iliaque gauche non ramollie, du volume d'un œuf de poule.

Frei positif.

Traitement : Du 10 octobre au 4 novembre, 20 injections de salicylate de soude intraveineux (1 gramme par jour). Très amélioré.

Du 8 au 14 novembre, teinture d'iode (15 à 30 gouttes).

Le 17 novembre, exeat. Guérison.

En résumé, poradénite inguinale gauche non ramollie, guérie en trente-sept jours par le traitement salicylé (20 injections).

Observation XVII (résumée).

(Clinique dermatologique du Professeur Petges.)

Poradénite inguinale et syphilis secondaire.

M... (L.), 22 ans, marin.

Entre, le 19 août 1935, pour une adénopathie inguinale droite dont le début remonte à quinze jours.

Examen : A droite, adénopathie inguinale très douloureuse, empâtée, indurée. Adénopathie iliaque interne;

A gauche, ganglions du type syphilitique, sans aucun signe de chancre induré récent ou ancien.

Traitement et évolution : Du 20 août au 11 septembre, 20 injections de salicylate de soude intraveineux (1 gramme par jour).

La tuméfaction inguinale droite semble d'abord s'atténuer.

Vers le 10 septembre, apparition d'une roséole avec un B.-W. positif, malgré l'absence de chancre induré décelable.

Le malade est mis au traitement antisyphilitique.

Réapparition de la tuméfaction inguinale qui redevient douloureuse, atteint le volume d'un œuf et se ramollit.

Incision le 1er octobre.

Le 18 octobre, cicatrisation de l'incision et disparition de l'adénopathie inguinale.

Le malade reste cependant jusqu'au 19 novembre pour continuer le traitement spécifique.

En résumé, poradénite inguinale droite suppurée, guérie en deux mois par l'incision et le traitement salicylé (20 injections).

A noter qu'au cours du traitement le malade présenta une syphilis secondaire.

Observation XVIII (résumée).

(Clinique dermatologique du Professeur Petges.)

Poradénite inguinale.

D... (J.), 25 ans, marin.

Entre à l'hôpital, le 26 octobre 1935, pour une adénopathie inguinale bilatérale, qui évolue progressivement depuis un mois environ.

Examen : A son entrée à l'hôpital, il présente :

A droite, adénopathie inguinale et iliaque indolore, indurée;

A gauche, légère hypertrophie de deux ou trois ganglions inguinaux.

Frei positif.

Traitement : Du 28 octobre au 17 novembre, 20 injections de salicylate de soude intraveineux (1 gramme par jour).

Du 19 novembre au 29 novembre, teinture d'iode (20 à 50 gouttes par jour).

Exeat le 2 décembre. Guérison (il ne subsiste que quelques petits ganglions durs et mobiles dans chaque aine).

En résumé, poradénite inguinale bilatérale, non ramollie, guérie en trent-sept jours par le traitement salicylé.

Observation XIX.

(Clinique dermatologique du Professeur Petges.)

Poradénite inguinale.

D... (G.), 37 ans, tenancier de bar.

Vient à la consultation, le 10 décembre 1935, pour une adénopathie inguinale gauche, dont le début remonte à trois ans environ.

Antécédents : Syphilis depuis 1915, traitée irrégulièrement au début, mais plus sérieusement depuis 1919. Le B.-W., qui était positif en 1919, est toujours resté négatif depuis 1922.

En 1932, à la suite d'une petite érosion du sillon balano-préputial, apparition dans l'aine gauche de trois petits ganglions durs, mobiles, un peu douloureux, subissant des poussées évolutives entre lesquelles ils disparaissent presque complètement. En 1934, poussée plus importante, au cours de laquelle l'adénopathie atteint le volume d'un œuf de pigeon, devient douloureuse et empâtée, et finit par se ramollir et se fistuliser. La fistule se tarit; trois mois après, les mêmes phénomènes se reproduisent. Dans les trois mois qui suivent, son état reste bon, mais depuis huit jours, à la suite d'une piqûre antitétanique, l'adénopathie redevient très grosse et atteint progressivement le volume d'un gros œuf de poule.

Examen : A gauche, adénopathie inguinale du volume d'un œuf de poule, formée par plusieurs ganglions hypertrophiés, fondus ensemble par une périadénite intense, et entourée par quelques petits ganglions encore libres. Signe de l'ébranlement en masse très net. Indolence à peu près complète. Adénopathie iliaque interne.

A droite, rien à signaler.

Réaction de Frei très positive.

Traitement et évolution : Tout en continuant son travail (direction d'un café), il reçoit régulièrement des injections de salicylate de soude intraveineux, à raison de 1 gramme par jour (série de 20 injections du 20 décembre 1935 au 20 janvier 1936).

Au début du traitement, l'adénopathie a augmenté de volume et a évolué vers le ramollissement, avec fistulisation. En même temps, on voit apparaître une légère adénopathie inguinale droite. La fistule s'est tarie en quelques jours. Ensuite, les deux adénopathies ont rapidement régressé, et un mois après on ne trouve plus dans les deux aines que de petites masses dures et sclérosées, absolument indolentes, fixées au plan profond, mais sans aucune adhérence avec la peau. La fistule est cicatrisée.

Revu en octobre 1936, le malade est encore parfaitement guéri.

En résumé, malade atteint de poradénite inguinale évoluant depuis trois ans, ramollie et fistulisée, guérie en un mois par 20 injections de salicylate de soude, malgré un traitement ambulatoire.

Sa femme a présenté, en 1933, six mois après l'apparition de l'adénopathie de son mari, une adénopathie inguinale double qui a été traitée par des compresses humides, des ponctions, et 12 injections de sulfate de cuivre ammoniacal qui firent fondre les lésions rapidement et définitivement.

Observation XX (résumée).

(Due à l'obligeance du Professeur Carles.)

Poradénite inguinale.

L... (L.), 39 ans, infirmière.

Entre à l'hôpital, le 14 décembre 1936, pour une adénopathie inguinale droite dont le début remonte à quinze jours. Début par une pesanteur douloureuse dans l'aine droite gênant la marche, en même temps qu'apparaissait à ce niveau une petite tumeur dure et peu douloureuse à la pression. Examinée à ce moment, on nota une petite ulcération sur la grande lèvre droite et des pertes jaunes.

Pendant quinze jours, elle fut traitée par le repos au lit, des injections au permanganate et des pansements humides. En dépit de ce traitement, la tuméfaction augmenta rapidement de volume et l'état général devint moins bon.

Examen : Adénopathie inguinale droite, allongée le long de l'arcade crurale, ayant la dimension d'un œuf de poule. Adénopathie iliaque.

Etat général assez touché; température à 38°5; anorexie, faiblesse, abattement.

Traitement et évolution : Du 15 décembre au 4 janvier, repos au lit, avec pansements humides.

Du 4 janvier au 26 janvier, 15 injections intraveineuses de salicylate de soude (1 gramme par jour). A la fin de ce traitement, l'état général est parfait et, localement, on ne sent plus qu'une petite masse dure et indolore qui ne gêne pas du tout la malade. Elle reprend d'ailleurs son travail.

En résumé, adénopathie inguinale droite, non suppurée, guérie par 15 injections de salicylate.

Observation XXI (résumée).

(Clinique dermatologique du Professeur Petges.)

Poradénite inguinale.

P..., 24 ans, marin, Norvégien.

Entre à l'hôpital, le 23 septembre 1937, pour une adénopathie inguinale gauche, évoluant depuis cinquante-cinq jours. Le début a été marqué par une gêne à la marche et quelques troubles généraux (asthénie, température à 37°5).

Examen : A son entrée à l'hôpital, on trouve :

A gauche, une grosse adénopathie inguinale allongée le long de l'arcade crurale, ayant la forme d'un boudin de 8 centimètres de long sur 3 centimètres de large. La peau est normale, un peu adhérente au plan profond. Indolence complète, même à la pression forte. Signe de l'ébranlement en masse. Adénopathie iliaque interne très importante, du volume d'une mandarine.

A droite, légère coulée d'adénopathie iliaque interne, avec quelques petits ganglions inguinaux durs et mobiles.

Etat général bon.

Réaction de Frei douteuse (réaction érythémateuse sans papule).

Vernes-résorcine : 25 (le 29 oct.).

Traitement : Repos au lit.

Du 25 septembre au 28 octobre, 30 injections de salicylate de soude intraveineux (1 gramme par jour).

Evolution : Très rapidement, dès la première semaine, on constate une diminution très nette de l'empâtement; les ganglions deviennent distincts les uns des autres. La peau reprend sa mobilité. Le volume de la masse inguinale diminue dans son ensemble, mais l'adénopathie iliaque ne se modifie pas.

Cette évolution favorable se poursuit pendant toute la durée du traitement, et à la fin de la série, le malade peut être considéré comme guéri. Il présente à gauche quelques ganglions durs, indolores et mobiles, gros comme des noisettes, sans que l'adénopathie iliaque se soit aussi sensiblement améliorée; à droite, l'aspect est à peu près normal.

Exeat le 11 novembre. Guérison complète.

En résumé, adénopathie inguinale et iliaque gauche, évoluant depuis cinquante-cinq jours, pour laquelle le traitement salicylé a amené une guérison presque complète en quarante jours.

Nous insistons sur l'intérêt de cette observation, car elle fait partie d'un ensemble de trois cas traités dans des conditions analogues par trois méthodes différentes. Il est entré, en effet, dans le service, le même jour, trois malades atteints de poradénite inguinale. Tous les trois étaient à peu près au même stade évolutif : masse ganglionnaire importante (œuf de poule) sans point de ramollissement.

Ces lésions évoluent depuis :

quinze jours pour l'observation XXXI;
seize jours pour l'observation XXX;
cinquante-cinq jours pour l'observation XXI.

On leur applique trois traitements différents :

Lugol *per os* pour l'observation XXXI;
Anthiomaline pour l'observation XXX;
Salicylate de soude pour l'observation XXI.

Le résultat est net :

Le premier, traité par le lugol, n'a guéri qu'en cinquante-neuf jours, après avoir présenté un point de ramollissement;

Le second, traité par l'anthiomaline, a guéri en quarante-huit jours, mais sans éviter le ramollissement successif des deux masses ganglionnaires droite et gauche;

Le troisième, traité par le salicylate de soude, et qui présentait pourtant les lésions les plus anciennes, a guéri en quarante jours, sans avoir présenté aucun point de ramollissement.

*
* *

Nous avons pensé qu'il était intéressant d'insérer dans ce travail les résultats obtenus à Saïgon par le Docteur Des Roseaux, médecin de la Marine, qu'il publia dans le *Paris médical* du 9 janvier 1937. Il emploie la solution glucosée de salicylate de soude à la dose de 1 gramme par jour, quelquefois davantage (2 grammes et même 2 g. 50). L'action de cette thérapeutique a été extrêmement efficace entre ses mains, même dans des cas fistulisés et avancés où d'autres traitements n'avaient eu aucun effet.

Observation XXII (résumée).

(Dr Des Roseaux.)

Poradénite inguinale évoluant depuis un mois.

Traitement : Pendant trois semaines, au début, repos au lit, sirop iodotannique, pansements humides, traitement de Ravaut (lugol et émétine), auto-hémothérapie, n'empêchent pas le ramollissement de l'adénopathie. Ponctions et injections de formol au 1/1.000. Malgré cela, la suppuration augmente.

On établit alors le traitement salicylé à la dose de 1 à 2 grammes par jour, intraveineux. Après douze jours de traitement, correspondant à 20 grammes de salicylate de soude, l'état est le suivant : il ne reste qu'un empâtement diffus mais léger de la région inguinale et de la fossé iliaque. Guérison et reprise du service.

En résumé, guérison en douze jours d'une poradénite inguinale où tous les autres traitements avaient échoué.

Revu l'année suivante, il est encore parfaitement guéri.

Observation XXIII (résumée).

(Dr Des Roseaux.)

Poradénite inguinale gauche évoluant depuis trente-cinq jours.

Traitement : Au début, pendant quarante-cinq jours, pansements humides, lugol, traitement de Ravaut. Il se produit néanmoins une suppuration de la masse ganglionnaire.

Un traitement salicylé de quinze jours, à raison de 2 grammes par jour, amène la guérison et la reprise du service.

Revu un mois après, la guérison s'est maintenue.

Observation XXIV (résumée).

(Dr Des Roseaux.)

Poradénite inguinale évoluant depuis trois semaines.

Traitement : Pendant vingt jours, au début, pansements humides et traitement de Ravaut n'empêchent pas l'augmentation de volume de l'adénopathie. Etat général mauvais.

Un traitement salicylé de douze jours, à raison de 1 gramme par jour, amène la guérison et la reprise du service.

Revu un mois après, la guérison se maintient.

Observation XXV (résumée).

(Dr Des Roseaux.)

Adénopathie inguinale mixte (chancrelle et poradénite).

Traitement : Au début, pendant trois semaines, injections de Dmelcos. L'adénopathie augmente de volume et devient plus douloureuse.

Un traitement salicylé de dix jours, à raison de 2 g. 50 par jour, amène, sans aucun trouble malgré cette forte dose, une grosse amélioration. Il persiste cependant un peu d'empâtement.

Quinze jours après, nouvelle série de 6 injections de salicylate, à raison de 1 gramme par jour, qui entraîne la guérison complète.

Revu six mois après, la guérison se maintient.

Observation XXVI (résumée).

(Dr Des Roseaux.)

Association de blennoragie, chancre mou, poradénite inguinale.

Traitement : Pendant un mois et demi, traitement de la blennoragie et du chancre mou par des injections de Dmelcos et de Gonacrine, qui n'empêchent pas l'apparition d'une adénopathie importante avec Frei positif.

Un traitement salicylé de vingt-neuf jours, à raison de 1 ou 2 grammes par jour (dose totale : 32 grammes), amène la guérison complète et la reprise du service.

Observation XXVII (résumée).

(Dr Des Roseaux.)

Poradénite inguinale.

Le 15 mai, rapport suspect.

Le 19 mai, chancre mou. Traitement local.

Le 25 mai, adénite à type lymphogranulomateux.

Les injections de Dmelcos n'apportent aucune amélioration.

Le traitement de Ravaut l'améliore légèrement.

Enfin, un traitement salicylé de trois semaines amène la guérison complète.

Observation XXVIII (résumée).

(Dr Des Roseaux.)

Poradénite inguinale.

Le 19 août, rapport suspect.

Le 12 septembre, adénopathie lymphogranulomateuse.

Un traitement salicylé de dix-neuf jours (1 gramme par jour) amène la guérison complète, qui se maintenait encore trois mois après.

Observation XXIX (résumée).

(Service de M. le Professeur Joulia.)

Rétrécissement du rectum d'origine lympho-granulomateuse.

G... (M.), 29 ans, prostituée.

Vient à la consultation du dispensaire de prophylaxie, depuis le 14 janvier 1931, pour le B.-W., qui est d'ailleurs constamment négatif.

En août 1931, bartholinite, amaigrissement, fatigue.

En août 1936, elle est hospitalisée à Saint-André, dans le service du Professeur Papin, pour rétrécissement du rectum. Le Frei est fortement positif.

On établit un traitement régulier par le salicylate de soude à 10 p. 100 (une ampoule tous les deux jours environ).

Après quarante-cinq injections (du 2 décembre 1936 au 2 juin 1937), l'état est le suivant : Rétrécissement situé à 8 centimètres de l'anus, admettant difficilement le doigt.

Du 2 juin au 21 juin, 6 injections de salicylate.

Du 23 juin au 26 juillet 1937, on injecte à la même séance 1 gramme de salicylate et 1 cm³ d'anthiomaline, qu'on interrompt à la suite de l'apparition de douleurs et de fièvre.

On reprend le salicylate de soude jusqu'au 18 octobre 1937, date à laquelle on est obligé de l'interrompre à cause de l'atteinte très marquée de l'état général.

On ne peut noter aucune amélioration du rétrécissement. Au contraire, son état général étant devenu très mauvais, il semble qu'un anus artificiel devienne bientôt une nécessité.

En résumé, femme de 29 ans, atteinte d'un rétrécissement serré du rectum avec Frei positif et pour lequel un traitement salicylé régulier, suivi depuis un an et demi, n'a apporté aucune amélioration, malgré une série d'anthiomaline en association (88 injections de salicylate et 10 d'anthiomaline).

A noter qu'au cours de ce traitement prolongé par le salicylate de soude, elle n'a jamais présenté d'albumine dans ses urines.

Observation XXX (résumée).

(Clinique dermatologique du Professeur Petges.)

Poradénite inguinale traitée par l'anthiomaline.

K..., 24 ans, marin, Norvégien.

Entre à l'hôpital, le 23 septembre 1937, pour une adénopathie inguinale droite survenue seize jours auparavant. Le début est marqué par une gêne à la marche assez importante pour empêcher le travail, et un état général assez touché (asthénie, température à 38°).

Examen : A son entrée à l'hôpital, on trouve :

A droite, une adénopathie inguinale, ayant le volume d'un gros œuf de poule, douloureuse à la pression. Peau un peu rouge et adhérente. Adénopathie iliaque interne importante.

A gauche, à la partie interne du pli de l'aine, petit ganglion dur, mobile, indolent. Légère adénopathie iliaque.

Réaction de Frei légèrement positive.

Vernes-résorcine : 35 (le 29 octobre).

Traitement : Série régulière d'anthiomaline, 18 injections au total (2 cm³ par injection).

A droite, l'état inflammatoire de l'adénopathie inguinale s'accentue. La peau devient violacée et la partie centrale de la masse se ramollit. Mais la douleur locale diminue. Le volume ne se modifie

pas sensiblement. Le 13 octobre, ponction et injection de glycérine iodoformée. La masse ganglionnaire s'affaisse un peu, mais la fistule coule légèrement.

A gauche, le ganglion prend peu à peu son aspect inflammatoire, la peau rougit, il devient douloureux et finit par se ramollir. On le ponctionne le 28 octobre.

Une amélioration rapide se produit alors, et le malade sort guéri le 11 novembre 1937, après quarante-huit jours de traitement.

En résumé, adénopathie inguinale bilatérale évoluant depuis seize jours, surtout marquée à droite, pour laquelle le traitement par l'anthiomaline a amené la guérison en quarante-huit jours, sans toutefois éviter le ramollissement successif des deux masses ganglionnaires droite et gauche.

Observation XXXI.

(Clinique dermatologique du Professeur Petges.)

Poradénite inguinale traitée par le lugol.

Le M... (F.), 18 ans, marin.

Entre, le 23 septembre 1937, pour une adénopathie inguinale gauche évoluant depuis quarante jours environ.

Après un contact suspect, balanite légère et micro-chancre.

Trois semaines après, apparition d'une adénopathie inguinale.

Etat général assez touché : température à 38°, asthénie, inappétence, pâleur, céphalée, vertiges dans la station debout.

Examen : Grosse adénopathie inguinale gauche (comme un œuf de poule) formant une masse empâtée et peu douloureuse à la palpation, mobilisable en bloc, sans aucun point de ramollissement. Adénopathie iliaque interne. Peau rouge et adhérente au plan profond.

Etat général satisfaisant, mais légère inappétence.

Frei douteux à deux reprises (réaction érythémateuse persistante non papuleuse).

Traitement : Compresses humides chaudes, repos au lit.

Lugol : deux séries d'une durée de un mois chacune. Dans chaque série, on donne une dose progressive de 1 cm³ à 30 cm³ de lugol par jour, en augmentant de 2 cm³ par jour, puis une dose décroissante de 30 cm³ à 1 cm³, en diminuant également de 2 cm³ par jour.

Durée du traitement : cinquante-neuf jours.

Evolution : L'état général s'est nettement amélioré.

L'adénopathie, qui avait légèrement diminué de volume au début, a évolué vers le ramollissement, le vingt-quatrième jour du traitement, mais par la suite les lésions ont rétrocédé progressivement et le malade est sorti guéri le 27 novembre 1937.

En résumé, poradénite inguinale gauche non ramollie évoluant depuis quinze jours, et pour laquelle un traitement régulier par le lugol (*per os*) n'a pas empêché le ramollissement et n'a eu de résultat favorable que sur l'état général au début, mais a finalement entraîné la guérison en cinquante-neuf jours.

Observation XXXII (résumée).

(Due à l'obligeance du Docteur Derennes.)

Poradénite inguinale traitée par la radiothérapie.

D... (F.), 25 ans, marin.

Poradénite inguinale, pour laquelle on a essayé sans succès, pendant trois mois, différents traitements : salicylate, iode, etc.

Guérie par quatre séances de radiothérapie en un mois.

Observation XXXIII (résumée).

(Due à l'obligeance du Docteur Derennes.)

Poradénite inguinale traitée par la radiothérapie.

M... (M.), 31 ans, marin.

Adénopathie inguinale bilatérale évoluant depuis un mois, avec état général assez touché.

Deux séances de radiothérapie provoquent une amélioration nette de l'élément douloureux sans influer sur le volume de l'adénopathie. De plus, le malade est si fatigué à la suite de la deuxième séance (température à 39°, abattement), qu'on cesse le traitement radiothérapique.

CHAPITRE V

RESULTATS THERAPEUTIQUES DU SALICYLATE DE SOUDE

Les résultats du traitement salicylé ont été excellents, on le voit par les observations relatées ci-dessus, et sans que nous ayons pu observer le moindre trouble qui puisse lui être imputé.

L'action est particulièrement intense sur les lésions fermées avant le ramollissement. Or, depuis que la maladie de Nicolas-Favre est mieux connue de l'ensemble du corps médical, les malades nous sont envoyés plus précocément. Il est donc possible que ce facteur joue un rôle dans le raccourcissement considérable de la durée du traitement, comme nous l'avons observé pendant ces trois dernières années. Pourtant, il faut bien remarquer que, même dans les cas ramollis et fistulisés, le traitement salicylé a toujours eu une influence très favorable et amené une guérison rapide. Notons aussi que nous n'avons enregistré aucun échec complet. Tous nos malades ont guéri parfaitement, sauf un seul (obs. I), qui fut seulement amélioré par quatre-vingt-dix jours de traitement.

Il nous a semblé, pour bien mettre en évidence l'action indiscutable du salicylate de soude, que rien ne serait plus éloquent que la comparaison de tableaux schématiques dans lesquels nous avons rassemblé les résultats de la plupart des observations que nous avons pu trouver dans les différents travaux publiés à ce sujet et qui nous ont permis d'établir une moyenne générale pour la durée du traitement et pour la proportion des cas guéris, presque guéris, améliorés ou sans résultat.

Voici les conclusions qu'on peut en retenir :

1° *Chirurgie ou radiothérapie :*

Guérison en quarante à quarante-cinq jours, mais échecs nombreux et suites graves parfois, sans parler de la difficulté de leur réalisation.

2° *Sulfate de cuivre ammoniacal :* 40 observations.

Aucun échec.

73 p. 100 de guérisons avec une durée moyenne de traitement de **soixante-six jours.**

3° *Anthiomaline :* 61 observations.

Durée moyenne du traitement : **quarante-huit jours.**

34 p. 100 de guérisons (durée moyenne du traitement : quarante-neuf jours).

13 p. 100 d'échecs.

50 p. 100 d'améliorations ou de guérisons presque complètes.

4° *Salicylate de soude :* 38 observations.

Guérisons en **trente-quatre jours** dans 95 p. 100 des cas (36 guérisons sur 38 cas).

Aucun échec.

2 améliorations simples.

L'importance de ces résultats est incontestable par eux-mêmes et par le nombre des observations dont ils découlent. Si l'on veut bien considérer la facilité d'emploi du salicylate de soude, son prix modique, la possibilité de le préparer soi-même, sa conservation indéfinie, et son innocuité absolue, on sera bien obligé de reconnaître qu'il est, au moins dans la plupart des cas, le médicament le plus intéressant et le plus pratique dont dispose l'arsenal thérapeutique de la poradénite inguinale.

Dans les trois tableaux suivants, nous avons indiqué :

a) l'origine des observations que nous avons analysées;

b) le résultat du traitement.

Nous avons fait quatre groupes de malades en nous basant sur leur état à leur sortie de l'hôpital :

1° *Guérison :* récupération totale de l'état antérieur, sans tenir compte des petits ganglions scléreux.

2° *Guérison presque complète :* récupération incomplète de l'état antérieur avec persistance d'une légère adénopathie ou d'une fistulette.

3° *Amélioration :* simple diminution de l'inflammation ou du volume de l'adénopathie.

4° *Echec :* l'évolution continue en dépit du traitement.

Dans la colonne de la durée du traitement, le tableau donne la moyenne du nombre de jours de traitement, les durées de traitement minima et maxima étant mises entre parenthèses.

Cas de poradénite inguinale traités par le *sulfate de cuivre ammoniacal*.

ORIGINE des OBSERVATIONS	NOMBRE TOTAL		GUÉRISON		GUÉRISON PRESQUE COMPLÈTE		AMÉLIORATION		ÉCHEC		NOTES
	CAS	DURÉE du traitement (en jours)	CAS	DURÉE du traitement (en jours)	CAS	DURÉE du traitement (en jours)	CAS	DURÉE du traitement (en jours)	CAS	DURÉE du traitement (en jours)	
Pr PETGES (Réunion dermatologique de Lyon, 27 janvier 1929.)	12	79 (27-167)	10	72 (27-108)	2	118 (70-167)	0		0		
Pr PETGES (Thèse Le Bihan, Bordeaux 1933.)	22	65 (13-180)	17	65 (13-180)	2	72 (70-75)	3	54 (11-90)	0		Sulfate de cuivre plus : iode, ponctions ou incision. 1 cas d'intoxication. Plusieurs cas de légère intolérance.
Pr PETGES (Autres cas depuis 1933.)	6	54 (30-75)	2	60	2	71	2	30	0		
TOTAL.....	40	66	29	66	6	87	5	42	0		Aucun échec. 73 % de guérison en 66 jours.

Cas de poradénite inguinale traités par l'*anthiomaline*.

ORIGINE des OBSERVATIONS	NOMBRE TOTAL		GUÉRISON		GUÉRISON PRESQUE COMPLÈTE		AMÉLIORATION		ÉCHEC		NOTES
	CAS	DURÉE du traitement (en jours)	CAS	DURÉE du traitement (en jours)	CAS	DURÉE du traitement (en jours)	CAS	DURÉE du traitement (en jours)	CAS	DURÉE du traitement (en jours)	
SÉZARY (Bull. Soc. Fr. Derm., 11 avril 1935.)	8	50 (21-80)	8	50 (21-80)	0	»	0	»	0	»	Cas traités par l'anthiomaline seule.
	7	90 (50-180)	0	»	0	»	5	100 (50-180)	2	60	Cas traités par l'anthiomaline associée à d'autres traitements.
SÉZARY (Thèse Mlle Laurens, Paris, 1935.)	20	65 (22-180)	6	63 (22-135)	5	89 (30-175)	7	76 (30-180)	2	28 (15-40)	Anthiomaline seule sauf dans 3 cas où elle fut associée au salicylate.
TRAN-TAN-PHAT (Bull. Soc. Méd. Chir. d'Indochine, 1935.)	1	21	»	»	»	»	1	21	»	»	3 cas où le traitement a dû être interrompu (rhumatisme stibié).
FAVRE (Thèze Darroze, Lyon, 1936.)	19	33 (22-48)	7	36 (25-45)	3	35 (30-45)	7	32 (15-48)	2	25 (15-35)	Nous laissons de côté 2 cas : l'un guéri en 3 jours, l'autre amélioré par un traitement mixte où l'anthiomaline entre pour une faible part.
VIGNE (Thèse Goutal, Marseille, 1936.)	5	35 (22-45)	0	»	0	»	3	36 (30-45)	2	28 (22-35)	
Pr PETGES	1	48	1	48	»	»	»	»	»	»	34 % de guérisons en 49 jours. 13 % d'échecs. 50 % d'améliorations ou de guérisons presque complètes.
TOTAL.....	61	48	22	49	8	62	23	31	8	35	

Cas de poradénite inguinale traités uniquement par le *salicylate de soude* intraveineux.

ORIGINE des OBSERVATIONS	NOMBRE TOTAL		GUÉRISON		GUÉRISON PRESQUE COMPLÈTE		AMÉLIORATION		ÉCHEC		NOTES
	CAS	DURÉE du traitement (en jours)	CAS	DURÉE du traitement (en jours)	CAS	DURÉE du traitement (en jours)	CAS	DURÉE du traitement (en jours)	CAS	DURÉE du traitement (en jours)	
Pr GOUGEROT (Thèse Velasquez, Paris, 1934.)	5	26 (11-30)	4	23 (11-30)	0	»	1	15	0	»	Le cas amélioré et non guéri est dû à l'insuffisance du traitement.
Pr CHEVALLIER (Thèse Kleinberg, Paris, 1934.)	5	27 (10-50)	5	27 (10-50)	0	»	0	»	0	»	Il signale aussi 2 cas où le salicylate a amélioré le résultat opératoire.
Dr DES ROSEAUX (Paris Médical, 9 janv. 1937.)	7	20 (12-30)	7	20 (12-30)	0	»	0	»	0	»	
Dr BARGUES (Bordeaux.)	6	67 (40-90)	5	63 (40-90)	0	»	1	90	0	»	
Pr PETGES	15	36 (22-90)	15	36 (22-90)	0	»	0	»	0	»	
TOTAL.....	38	35	36	34	0	»	2	»	0	»	Pas d'échec. 95 % de guerisons en 34 jours.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT DES LESIONS PERINEO-RECTALES

Formes graves de cette affection dite bénigne, elles le sont d'autant plus que jusqu'à présent les différentes thérapeutiques qui ont pu leur être opposées n'ont eu qu'une action imparfaite et très inconstante, empêchant rarement l'évolution des lésions vers une sténose rectale dont l'aboutissant est l'anus artificiel. Cependant quelques résultats fort intéressants obtenus par divers auteurs montrent qu'il ne faut pas perdre entièrement confiance.

1° *Traitement chirurgical.*

Deux interventions peuvent être envisagées :

a) Exérèse du rectum avec abaissement de l'anse sigmoïde.

Méthode définitivement condamnée par le XLIII[e] Congrès de chirurgie, elle est aujourd'hui complètement abandonnée. Il nous paraît intéressant de rappeler, à ce sujet, la statistique de Gatellier et Weiss :

Sur 105 extirpations du rectum, la destinée des malades fut la suivante :

13 morts opératoires;
81 récidives par sténose ou par rectite;
2 incontinences;
7 améliorations;
2 guérisons (dont l'étiologie lymphogranulomateuse est douteuse).

C'est qu'en effet, ce n'est pas le rectum qui est malade, c'est le tissu pelvien. Il y a beaucoup plus de périrectite que de rectite. La réapparition des troubles « n'est donc pas une récidive, c'est une continuation de l'évolution de la maladie ». (Gatellier.)

b) Colostomie de dérivation.

L'anus artificiel, en mettant le rectum au repos, amène aussitôt une amélioration de la rectite. C'est ce que constate encore Gatellier : sur 31 cas, 25 améliorations. Associé au traitement médical, c'est le traitement de choix. Mais il est conseillé de faire un anus iliaque définitif d'emblée, car tous les essais de suppression ont été suivis d'une reprise des troubles obligeant le chirurgien à intervenir de nouveau.

II. — *Traitement médical.*

a) Localement.

1° *Contre la rectite :*

— Lavages avec solutions antiseptiques variées : liqueur de Labarraque, eau oxygénée, Dakin, solution de gonacrine à 1 p. 4.000.

— Attouchement des ulcérations au bleu de méthylène ou au mercurochrome.

— Electro-coagulation des végétations trop importantes.

2° *Contre la sténose :* Dilatation par la diathermie.

b) Traitement général de la maladie lymphogranulomateuse :

— Salicylate;
— Lugol;
— Anthiomaline.

En présence d'une rectite sténosante lymphogranulomateuse, la conduite à tenir est donc la suivante :

1° Etablissement d'un anus iliaque définitif;
2° Traitement médical.

C'est par cette méthode que Gaté et Cuilleret obtinrent le résultat exceptionnel qu'il communiquèrent à la Société de dermatologie le 20 décembre 1935. Il est vrai que, dans un cas semblable, Nicolas obtint un échec quelque temps après (1).

Nous n'avons vu à Bordeaux qu'un cas de rectite sténosante (obs. XXIX); un traitement régulier par l'anthiomaline et le salicylate suivi depuis deux ans n'a pas empêché l'évolution des lésions vers une sténose presque complète avec état général très atteint.

---

(1) Nicolas, Rousset et Colas, *Bull. Soc. franç. dermatol. et syphil.*, 19 mars 1936.

CHAPITRE VII

PROPHYLAXIE

Elle est dominée par les notions étiologiques de la maladie :

1° Origine sexuelle;

2° Lésions contagieuses :

a) chez l'homme : microchancre;

b) chez la femme : ulcère chronique de la vulve, lésions ano-rectales.

Mais le virus peut vivre à l'état saprophyte sur les organes génitaux de la femme, la rendant ainsi contagieuse sans qu'elle présente la moindre lésion (Nicolau).

I. — *Prophylaxie individuelle.*

« Le principal effort prophylactique doit être dirigé dans le sens de l'hygiène préventive. » (Nicolau.)

Il faudra donc diffuser dans le public le mode de contamination et les moyens de s'en préserver :

1° Savonnage après le coït;

2° Application d'une pommade antiseptique à la glycérine (*in vitro*, la glycérine stérilise le virus lymphogranulomateux) :

Calomel	à 5 grammes
Vaseline	
Lanoline	
Eau	
Glycérine	

3° Recommander aux femmes ayant présenté une atteinte lympho granulomateuse de continuer longtemps les lavages antiseptiques génitaux.

4° Eclairer le public sur le fait que les pratiques sexuelles anormales ne mettent nullement à l'abri des contaminations vénériennes.

II. — *Prophylaxie générale.*

La maladie de Nicolas-Favre doit être assimilée aux trois autres maladies vénériennes, et comme telle doit entrer dans le ressort des dispensaires de prophylaxie antivénérienne, dont le rôle sera :

1° de dépister les sujets contagieux surtout parmi les prostituées;
2° de traiter les sujets reconnus malades.

Pour cela, il suffit qu'ils soient dotés de quelques produits indispensables :

Antigène de Frei;
Médicaments : salicylate de soude ou anthiomaline.

C'est là encore un avantage important du traitement médical que de pouvoir être utilisé dans les dispensaires, grâce à son emploi facile et à son coût très modique.

Il permettra ainsi de lutter efficacement contre cette maladie qui n'a de bénigne que le nom et qui semble actuellement en réelle extension.

CONCLUSIONS

I. — La maladie de Nicolas Favre est une affection des voies lymphatiques réalisant soit une adénopathie inguinale, soit un syndrome génito-ano-rectal.

II. — La réaction de Frei constitue un test spécifique et sûr, mais l'antigène simien donne des réactions moins précises que l'antigène humain.

III. — Le traitement général chimiothérapique doit être préféré aux traitements locaux, chirurgie et radiothérapie, aussi bien dans la forme inguinale que dans les formes périnéo-rectales.

IV. — Parmi les médicaments les plus actifs, nous retenons : le sulfate de cuivre ammoniacal, l'anthiomaline et le salicylate de soude. A l'heure actuelle, il semble bien que les deux produits qui paraissent les meilleurs sont les sels d'antimoine, anthiomaline en particulier, en injections intramusculaires, et le salicylate de soude en solution glucosée par voie intra-veineuse. Leur action est d'autant plus efficace qu'on les applique plus précocement.

V. — Nous donnons la préférence au salicylate de soude, parce qu'il nous a paru un peu plus efficace (moyenne de guérison, **trente-quatre jours**) et qu'il est surtout d'un emploi extrêmement commode, n'exposant le malade à aucun accident immédiat ou tardif; enfin, parce que la solution employée peut être plus aisément réalisée dans les régions les plus isolées.

VI. — L'intervention chirurgicale ne nous paraît indiquée que dans deux conditions :

1° pour un bubon inguinal fistulisé et résistant à tous les traitements médicaux, cas bien exceptionnel.

2° pour un rétrécissement du rectum nécessitant un anus artificiel.

VII. — La maladie de Nicolas Favre, quatrième maladie vénérienne, appartient au domaine du dispensaire de prophylaxie antivénérienne, qui devra être muni d'antigène de Frei, comme moyen diagnostic; de salicylate de soude et d'anthiomaline comme médicaments actifs.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président.
G. PETGES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 14 décembre 1937.

Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Barjon. — Traitement radiothérapique des adénites suppurées, des ulcérations et des fistulisations d'origine ganglionnaire. *Lyon chirurgical*, 1910, t. III, p. 678.

Banchi et Blumenthal. — Essai d'inoculation de la lymphogranulomatose à l'homme. *Ann. de dermatol.*, 1936, p. 267.

Bensaude et Lambling. — Maladie de Nicolas-Favre et lésions ano-rectales. Sténose, ano-rectites simples, fistules isolées. *Paris médical*, 30 avril 1932.

Brault. — Traitement des adénites inguinales à forme aiguë et subaiguë. *Lyon médical*, mars 1894.

Brumpt. — La lymphogranulomatose inguinale doit être nommée bubon climatique. *Bull. Acad. méd.*, 5 févr. 1935, t. 113, n° 5, p. 162.

Buffe et Friess. — Un cas de maladie de Nicolas-Favre guéri par la radiothérapie. *Bull. Soc. franç. dermatol.*, 17 déc. 1931.

Buquet. — La poradénite et son traitement, thèse Paris, 1928.

Cachera. — Donnée nouvelle sur la maladie de Nicolas-Favre *Revue méd. franç.*, janv. 1936, p. 51.

Carteaud et Dutheil. — Un cas de maladie de Nicolas-Favre conjugale. *Annales de dermatol.*, déc. 1935.

Carnot et Froment. — Poradénite inguinale guérie par les injections intraveineuses de sels de cuivre. *Paris médical*, 8 mars 1924.

Chastang. — Quelques remarques au sujet de la nature et de l'origine du bubon climatérique. *Caducée*, 1914, Paris, 2 mai, vol. 14, p. 118.

Chevallier. — L'action de l'antimoine dans les adénopathies chroniques. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, juin 1931.

Chevallier et Fierher. — Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre par le salicylate de soude. *Bull. Soc. franç. dermatol.*, déc. 1933.

Chevallier et Bernard. — Réactions de Frei négatives au cours de poradénites inguinales certaines. *Bull. Soc. franç. dermatol. et syphil.*, juin 1932, p. 769.

Claude. — Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents intraganglionnaires, d'oribine génitale probable, peut-être vénérienne. Thèse Lyon, 1913.

Clément Simon. — La maladie de Nicolas Favre. *Bulletin médical*, 10 avril 1937, p. 241.

Darroze. — Traitement de la maladie de Nicolas-Favre par l'anthiomaline. Thèse Lyon, 1936.

Des Roseaux. — Contribution au traitement de la maladie de Nicolas-Favre. *Paris médical*, 9 janv. 1937.

Dufour et Ferrier. — Lymphogranulomatose inguinale. Guérison par le chlorydrate d'émétine et la teinture d'iode. *Soc. méd. des hôp.*, 1922, p. 452.

Dupas. — Diagnostic de la poradénite inguinale *Arch. de méd. et de pharm. navales*, janv. 1930, n° 1, p. 5.

Durand, Nicolas, Favre. — Lymphogranulomatose inguinale et traitement chirurgical. *Soc. méd. hôp. Paris*, 31 janv. 1913.

Farinas. — Traitement de la maladie de Nicolas-Favre. Thèse Paris, 1934.

Favre (M.). — Voir à Nicolas et Favre.

Favre (P.). — La lymphogranulomatose inguinal de Nicolas-Favre. Traitement chirurgical. Thèse Bordeaux, 1927.

Feigenbaum. — Contribution à l'étude de l'étiologie et du traitement chimiothérapique des rectites sténosantes et des rétrécissements dits inflammatoires du rectum. Thèse Paris, 1935.

Fernet. — Traitement par la radiothérapie de la maladie de Nicolas-Favre. *Bull. Soc. dermatol. et syphil.*, 8 mars 1931, p. 585.

Flandin et Turiaff. — Technique et valeur de la réaction de Frei dans la maladie de Nicolas-Favre. *Bull. Soc. dermatol.*, 6 févr. 1936.

Fumat. — La maladie de Nicolas-Favre et son traitement par l'antimoine. Thèse Paris, 1933.

Gaté. — Lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents intraganglionnaires d'origine génitale probable, peut-être vénérienne. Thèse Lyon, 1913.

Gaté, Michel et Gavriloff. — Poradénite bilatérale à abcès volumineux transformée par l'anthiomaline. *Bull. Soc. dermatol. et syphil.*, 20 déc. 1935, p. 169.

Gaté et Cuilleret. — Maladie de Nicolas-Favre rectale sténosante guérie par l'anthiomaline combinée à une dérivation temporaire. *Bull. Soc. dermatol. et syphil.*, 20 déc. 1935.

Gatellier et Weiss. — Pathogénie et traitement des rectites proliférantes et sténosantes. XLIII[e] Congrès français de chirurgie, 8-13 oct. 1934, p. 21 à 173.

Gilbin. — Bubon climatique et lymphogranulomatose inguinale bénigne. Thèse Bordeaux, 1932.

Goutal. — Le traitement médical de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. Thèse Marseille, 1936.

Gougerot et Carteaud. — Syndrome d'éléphantiasis recto-ano-génital abcédé et fistuleux «délutant » avec « nodules » : véritables gommes de Nicolas-Favre. *Bull. Soc. dermatol. et syphil.*, 14 déc. 1933, p. 1725.

Gregorio (de). — Contribution à l'étude de l'allergie dans la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. *Annales de dermatol.*, 1936, p. 175 et 268.

Hazen et Howard. — Traitement de la lymphogranulomatose inguinale chez les noirs. *The Journal of the american Association*, n° 17, 22 oct. 1932.

Hellerstroem. — Expériences avec l'intradermo-réaction dans la maladie de Nicolas-Favre. *Bull. Soc. dermatol. et syphil.*, 8 mars 1931, p. 561.

Hellerstroem et Wassen. — Lésions de méningo-encéphalite chez les singes après inoculation intracérébrale de lymphogranulome inguinale. VII[e] Congrès intern. de dermatol. et de syphil., Copenhague, 5 août 1930.

Jame et Ajaleu. — A propos de la maladie de Nicolas-Favre. Considérations épidémiologiques. *Rev. méd. franç*, 1935, p. 628.

Jaugeas. — Radiothérapie dans les adénites aiguës. *Presse médicale*, 19 oct. 1910.

Jersild. — Les intradermo-réactions dans le chancre mou et dans la lymphogranulomatose inguinale considérées dans leurs rapports avec l'étiologie de syphilome ano-rectal. *Annales de dermatol. et syphil.*, n° 1 p. 577, juin 1930.

Kleinberg. — La maladie de Nicolas-Favre et son traitement par le salicylate de soude. Etude clinique et thérapeutique. Thèse Paris, 1934.

Laporte. — Contribution à l'étude du traitement des bubons inguinaux suppurés par l'électro-coagulation. « Le drain diathermo-coagulant ». Thèse Paris, 1931.

Laurens. — Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre par l'antimoine-III-thiomalate de lithium. Thèse Paris, 1935.

Le Baron. — Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre. *Gaz méd. du S.-O.*, 15 août 1931.

Le Bihan. — Diagnostic et traitement de la maladie de Nicolas-Favre. Thèse Bordeaux, 1933.

Le Dantec. — Précis de pathologie exotique, 1929.

Le Cat. — L'intradermo-réaction dans la lympho-granulomatose inguinale et ses localisations aberrantes. Thèse Lyon, 1931.

Levaditi, Ravaut, Schoen. — Etude étiologique et pathogénique de la maladie de Nicolas-Favre. *Annales de l'Institut Pasteur*, janvier 1932, p. 27.

Levaditi, Lépine, Marie. — Conservation de la virulence du virus lympho-granulomateux. *C. R. Soc. de biol.*, 1931, t. 107, p. 959.

Mamou. — Maladie de Nicolas-Favre. Intolérance au traitement stibié. *Bull. Soc. franç. dermatol. et syphil.*, 1934, p. 771.

Motta. — La maladie de Nicolas-Favre au point de vue sanitaire. *Bull. de l'Off. intern. d'hyg. publ.*, sept. 1936, p. 1797.

Nahan et Belot. — Le rôle de la radiothérapie dans le traitement de la lympho-granulomatose inguinale, T. III. Congrès intern. de radiol., juill. 1931.

Nicolas et Favre. — Traitement par la radiothérapie de la lympho-granulomatose inguinale. *Soc. de biol.*, n° 27, 4 juill. 1921.

— Poradénite inguinale. *Journ. méd. français*, déc. 1935, n° 12.

— Opportunité et possibilité de comprendre la poradénolymphite suppurée bénigne, ou maladie de Nicolas-Favre, parmi les maladies contre lesquelles est dirigée l'activité des services de lutte contre les maladies vénériennes. *La prophylaxie antivénérienne*, n° 2, févr. 1935.

— Maladie de Nicolas-Favre. *Nouvelle pratique dermatologique*, p. 477, t. IV.

Nicolas et Lebeuf. — Un cas de lympho-granulomatose inguinale conjugale. *Bull. Soc. franç. dermatol. et syphil.*, n° 7, 17 avril 1930, p. 749.

— Etude expérimentale de la maladie de Nicolas-Favre. *Journal médical français*, 1935, p. 417.

Nicolas Favre et Lebeuf. — Rétrécissement ano-rectal éléphantiasique et lympho-granulomatose inguinale. *Bull. Soc. franç. dermatol. et syphil.*, 8 mars 1931, p. 533.

— L'intradermo-réaction aux divers antigènes spécifiques dans la maladie de Nicolas-Favre; ses modalités, ses variations au cours d'association avec syphilis et chancrelle. *Bull. Soc. dermatol. et syphil.*, 1931, p. 552.

Nicolas, Rousset, Colas. — Rétrécissement du rectum d'origine lympho-granulomateuse. *Bull. Soc. franç. dermatol. et syphil.*, 19 mars 1936, p. 928.

Nicolas, Favre, Pétouraud et Chanial. — Résultats du traitement d'un cas de poradénite inguinale par l'antimonio-thiomalate de lithium. *Bull. Soc. franç. dermatol. et syphil.*, 1935, p. 676.

Nicolas, Favre, Massia et Le Cat. — Un cas de soi-disant syphilome ano-rectal de Fournier avec Frei positif. *Bull. Soc. franç. dermatol. et syphil.*, janv. 1931, p. 406.

Nicolau. — Traitement du lympho-granulome bénin. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Bucarest*, févr. 1932.

— Rapport sur la lympho-granulomatose subaiguë présentée au IX[e] Congrès intern. de dermatol. et syphil. de Budapest. *Annales de dermatol.*, 1936, p. 267.

— Lympho-granulomatose inguinale d'origine non vénérienne chez une fillette de 8 ans. *Presse médicale*, n° 28, 7 avril 1937.

Petges (G.), David-Chaussée et Magimel. — A propos d'un cas de maladie de Nicolas-Favre (lympho-granulome inguinal) et sa fréquence actuelle à Bordeaux. *Soc. méd. et chir. de Bordeaux*, 2 oct. 1925.

Petges (G.), Mougneau et Bessières. — La réaction de Vernes-résorcine dans la maladie de Nicolas-Favre. *Bull. Soc. dermatol. et syphil.*, 1929, p. 179.

Petges (G.), David-Chaussée et Petges (A.). — Traitement de la maladie de Nicolas-Favre par les injections intraveineuses de sulfate de cuivre ammoniacal. *Bull. Soc. dermatol. et syphil.*, 27 janv. 1929, p. 178.

Petges (G.), Lecoulant et Delas. — Complexe de lympho-granulome inguinal de Nicolas-Favre et de l'adénite syphilitique primaire et secondaire. *Annales de dermatol. et syphil.*, janv. 1930, p. 81.

Petges (G.) et Petges (A.). — Phénomènes d'intoxication dus à des injections de sulfate de cuivre intraveineux dans la lympho-granulomatose inguinale. *Bull. Soc. méd. et chir. de Bordeaux*, 1932, p. 308.

Petges (G.), Petges (A.) et Lévy. — Résultats éloignés de deux ans de traitement de syphilome ano-rectal et de syphilis pulmonaire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 mai 1933.

Petges (G.), Sourreil, Deprecq. — Traitement pratique de la poradénite inguinale. *Paris médical*, 7 mars 1936, p. 203.

Perrault. — Maladie de Nicolas-Favre. *Progrès médical*, 2 janv. 1937

Pierce. — La lympho-granulomatose inguinale aux Etats-Unis. Doit-on lui appliquer les mêmes mesures qu'aux maladies vénériennes ? *Bull. de l'Office intern. d'hyg. publ.*, oct. 1935, p. 1955.

Puente. — Formes anatomo-cliniques de l'esthiomène de la vulve et du syndrome ana-recto-génital. *Revista urugaya de dermatologia y sifilografia*, 1937, p. 39.

Pinard. — Traitement du lympho-granulome bénin de l'aine. *Paris médical*, n° 49, 3 déc. 1932.

Phylactos. — Lympho-granulomatose des ganglions inguinaux. Thèse de Lyon, 1922.

Rachet et Cachera. — Localisations ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre. *Presse médicale*, n° 28, 7 avril 1937.

Ravaut. — Traitement de la maladie de Nicolas-Favre par l'émétine. *Bull. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1921, n° 20, p. 865.

Ravaut, Sénèque et Cachera. — Réaction de Frei positive chez une malade atteinte de périmétrite et de périsalpingite avec rétrécissement du rectum et fistule périanale. *Bull. Soc. franç. dermatol. et syphil.*, 12 déc. 1931.

Reitter. — Fréquence et importance sociale de la maladie de Nicolas-Favre. *Bull. off. intern. d'hyg. publ.*, mars 1935.

Rimbaud. — Traitement de la maladie de Nicolas-Favre. *Journal des praticiens*, n° 52, 26 déc. 1936.

Rousseau et Adamesteanu. — Considérations sur le traitement chirurgical de la lympho-granulomatose inguinale bénigne (maladie de Nicolas-Favre). *Presse médicale*, n° 76, 22 sept. 1934.

Segal. — Etat actuel de la maladie de Nicolas-Favre. Thèse Paris, 1934.

Sénèque. — Maladie de Nicolas-Favre et rétrécissement du rectum. *Revue médicale*, 6 janv. 1932.

Sézary. — Traitement de la maladie de Nicolas-Favre par les sels d'antimoine. *Paris médical*, 7 déc. 1935, p. 453, n° 49.

Sézary et Facquet. — Traitement de la maladie de Nicolas-Favre par un sel d'antimoine trivalent, injectable dans les muscles. *Bull. Soc. dermatol. et syphil.*, 17 mai 1934, p. 771.

Sézary, Bolgert et Joseph. — Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre par l'anthiomaline. *Bull. Soc. franç. dermatol. et syphil.*, 1935, p. 637.

Sézary et Bolgert. — Posologie de l'anthiomaline. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 22 mars 1935, p. 555.

Sézary et Bardin. — Manifestations cutanées de la maladie de Nicolas-Favre. *Revue médicale française*, janvier 1936.

Simon et Bralez. — Un cas de lympho-granulomatose inguinale traité avec succès par la radiothérapie profonde. *Bull. Soc. dermatol. et syphil.*, 1923, p. 460.

Skorpil. — Deux cas de contagion extra-génitale. *Annales de dermatologie*, 1936, p. 180.

Touraine et Aubrun. — Maladie de Nicolas-Favre et salicylate de soude. *Bull. Soc. franç. dermat. et syphil.*, déc. 1933. p. 1651.

Tran-Tan-Phat. — Résultats obtenus par l'emploi de l'anthiomaline dans la maladie de Nicolas-Favre. *Bull. Soc. méd.-chirurg. de l'Indochine*, oct. 1935, p. 1025.

Valeric. — Traitement de la lympho-granulomatose ano-rectale. *Journ. de chir.*, n° 2, févr. 1935, t. 45, p. 301.

Vélasquez. — Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre. Thèse Paris, 1934.

Wangermez et Jeanneney. — 3 cas d'œdème éléphantiasique après radiothérapie profonde de la région inguinale. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 oct. 1929.

20,545. — Bordeaux, Imprimeries Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1937